
الأمراض الجلدية للأطفال
الدكتور
محمود حجازي

الأمراض الجلدية للأطفال

الدكتور محمود حجازى

____

الفصل الأول مركبات الجلد

الفهرس

الفصل التالي فهرس الصور بحث

الخط المائل في هذا الكتاب يمثل رأي وخبرة المؤلف

******

مركبات الجلد

جلد الجنين:

في الأيام الأولى من حياة الجنين تتكون الطبقة السطحية للجلد من طبقة واحدة من الخلايا حيث تتحول إلى طبقتين بين الأسبوع الخامس والسادس، السطحية هي البشرة والسفلية هي الطبقة النامية من الجلد.

إن الطبقة النامية هي المسؤولة عن تكوين معظم المكونات الظهارية للجلد مثل الطبقة القاعدة والغدد العرقية. أما الخلايا الظهارية النامية فإنها مسؤولة عن تكوين الغدد الدهنية والغدد العرقية وغدد «أبو كراين» العرقية وجراب الشعر أما طبقة ماليبجى فتتكون في الشهر الرابع من عمر الجنين.

جلد الطفل:

جلد الطفل له ملمس ناعم ويشبه جلد البالغ من الناحية التشريحية للأنسجة مع بعض الفروقات البسيطة. إن طبقة البشرة من الجلد في الأطفال هي نفسها في البالغين إلا أنها أقل تماسكاً والفرق الرئيسي والهام هو عدم النضوج الكامل لنسيج الكولاجين وجراب الشعر والغدد الدهنية في الأطفال.

كما أن البشرة السطحية مع طبقة الأدمة السفلية أقل تماسكاً في الأطفال وهذا يفسر حدوث الأثر الأكثر تفاعلاً نتيجة المؤثرات البسيطة في الأطفال، حيث أن لدغة الحشرات قد تحدث فأليل جلدية.

كما وأن التغيرات نتيجة الاختلاف في نسبة مساحة الجلد إلى جسم الأطفال وكذلك نسبة نشاط الأوعية الدموية وكذلك القابلية للتعرق الزائد، كل ذلك له علاقة هامة على تنظيم حرارة جسم الأطفال، حيث أن

بعض المؤثرات البسيطة قد تؤدي إلى المزيد من فقدان حرارة جسم الأطفال. ولذلك من الأمور الهامة ملاحظة مثل هذه الظاهرة، إذ قد تؤدي تلك إلى مضاعفات خطيرة على حياة الطفل.ق

تغيرات جلد الأطفال(حديثي الولادة) الفسيولوجية

إن العديد من العوامل التي تؤثر على جلد الطفل بعد الولادة هي ظواهر طارئة وتزول لاحقاً دون الحاجة إلى أي علاج ومن هذه:

(1/1)

الطلاء الدهني: الغشاء الأبيض الدهني الذي يغطي سطح الجلد بعد الولادة يتلاشى بسرعة ويتخلص منه الجلد بعد ساعات من الولادة.

لون الجلد: التغيرات التي تحدث في لون جلد حديثي الولادة:

تصبغ الجلد باللون الدهني الأصفر: يحدث في حالات الأمراض النازفة في الأطفال حديثي الولادة كما أن الجلد يظهر بلون أصفر نتيجة صبغة الصفراوية في بعض حالات اضطرابات الطفل أثناء الحمل وقبل الولادة.

كما أنه في الأسبوع الأول من الولادة قد يكون لون جلد الجزء السفلي للطفل أحمر والجزء العلوي باهت وبينهما فاصل حاد ويحدث ذلك عندما يكون وضع الطفل قبل الولادة علي إحدى جنبيه.

وتكون الأطراف ذات لون مزرق لفترة بسيطة في بعض الأطفال خاصة إذا كان هناك تأخير وعسرة في عملية الولادة في الأطفال كاملي النمو.

) حيث Erythema neonatarumظهور إحمرار عام على الجلد في حالات ما يسمى إحمرارية الوليد (لا تلبث تلك وأن تزول بعد أيام دون علاج.

تقشير الجلد: يحدث ذلك في غالبية الأطفال حديثي الولادة وهذه ظاهرة فسيولوجية ولا تحتاج إلى علاج كذلك.

فأليل وتقرحات بسيطة: تظهر أحياناً على أصابع بعض الأطفال حديثي الولادة ويكون سبب ذلك إلى مص الطفل لأصبعه بشدة أثناء الحمل.

تضخم بعض الغدد الدهنية: تحدث في كثير من الأطفال حديثي الولادة حيث تظهر بعض البثور على الوجه والصدر وقد يكون للهرمون منشط الذكورة من آلام أثر على ظهور مثل تلك البثور وغالبا ما

تختفي عادة بعد بضعة أيام.

الغدد العرقية: تظهر أحياناً بعض البثور على جلد الأطفال حديثي الولادة خاصة على منطقة الوجه والمنطقة التناسلية وذلك بسبب قفل مؤقت للغدد العرقية إذ أن هذه البثور لا تلبث وأن تختفي عادة في الأسبوع الأول ويعود سبب ذلك إلى هرمونات آلام.

الشعر: يغطى شعر خفيف يسمى الزغب معظم جلد الأطفال حديثي الولادة والذي عادة يتساقط خلال أسابيع بعد الولادة.

الأعضاء التناسلية:

(2/1)

قد يظهر غشاء مخاطي وكذلك بعض افراز طهارى من جدار الفرج من العضو التناسلي وقد يتبع ذلك أحيانا إفرازات ذات لون مميز 0كما إن بعض الإفرازات قد تكون مختلطة بالدم من رحم الطفلة حديثة الولادة في اليوم الثالث أو الرابع ويستمر ذلك لمدة يومين أو ثلاثة وهذه الظواهر تعتبر فسيولوجيه كذلك ولا تحتاج إلى أي علاج.

أما في الذكور فإن الأعضاء التناسلية فتكون كاملة التكوين كذلك بعد الولادة.

الثدي:

قد تتضخم غدد الحليب فى كلا الجنسين بعد الولادة وقد يظهر بعض الحليب أحياناً من ثدي الطفلة والذي يختفي ويعود الثدي إلى وضعة الطبيعي بعد بضعة أسابيع.

أما إذا استمر انتفاخ الثدي نتيجة تجمع الحليب في غدد الثدي فقد يؤدى ذلك إلى التهاب الثدي وتكوين خراج.

مكونات جلد البالغين

البشرة (الطبقة السطحية):

تتكون الطبقة السطحية من الجلد من خلايا خالية من الأوعية الدموية والعصبية.

وتتكون البشرة من طبقات من الخلايا هي:

)Stratum corneumالطبقة المتقرنة(

)Stratum granulosum، الطبقة الحبيبية(

الشكل رقم 1: مكونات الجلد وزوائده

)Stratum malpighi , Prickle cell layerالطبقة المشوكية (

)Stratum spinosumالطبقة الشوكية – (

)Basal layer, Stratum germinativumوالطبقة النامية (

)Stratium Lucidumوتوجد طبقة أخرى في بطن الكف وبطن القدم هي الطبقة الصافية (

) : تتكون من عدة صفوف من الخلايا المنبسطة وتحتوى على مادة Stratum corneumالطبقة المتقرنة(
شمعية خالية من الأنوية. وسطح هذه الخلايا يبدو به قشور جافة ورقيقة.

إن سماكة هذه الطبقة يختلف من موقع لآخر وكذلك باختلاف العمر، إذ أنها أكثر سماكة على سطح الأكف وسطح داخل القدم والكعبين كما أنها أقل سماكة في جلد جفن العين. الطبقة الصافية(Stratum lucidum (
:

(3/1)

تقع هذه أسفل الطبقة المتقرنة وتتكون من شريط لامع من الخلايا المنبسطة الخالية من الأنوية وهذه الطبقة موجودة فقط كما ذكر سابقاً في الكف وبطن القدم.

الشكل رقم 2: طبقات البشرة

)Stratum granulosumالطبقة الحبيبية (

تقع هذه أعلى الطبقة الشوكية وتتكون من صفوف من الخلايا المنبسطة وبها أنوية وتحتوي على حبيبات.

) أو طبقة ماليبجي تقع أعلى الطبقة النامية Stratum Malpighi, Prickle cell layerالطبقة الشوكية(
وتتبع اتجاهها. إن هذه الطبقة تتأثر بمعظم المؤثرات المرضية التي تحدث للجلد.

الشكل رقم 3: طبقات البشرة

)Statum germinativum, Basal layerالطبقة النامية(

هي أسفل طبقة من طبقات البشرة وتتكون من صف واحد من الخلايا المرتبة عمودياً على جدار القاعدة
) . إن خلايا الطبقة النامية تتحور وتكون جميع طبقات خلايا البشرة.Basement membrane(

تحتفظ خلايا البشرة بوجودها وتعويض ما تفقده من خلايا بواسطة الخلايا النامية والتي تتحول خلال سبعة أسابيع وتكون الطبقة السطحية للبشرة.

أنواع خلايا البشرة

):1Stratum corneum. ــ الخلايا المتقرنة)

هي الطبقة السطحية من البشرة إذ تفقد هذه الخلايا أنويتها عندما تقترب من الطبقة الحبيبية وتصبح مبسطة وتتكوم على سطح الجلد على شكل خلايا شوكية ميتة. إن سماكة هذه الطبقة تختلف حسب المكان والعمر. إن فيتامين (أ) له علاقة هامة على تكون هذه الخلايا وكما أن الجلايكوجين له علاقة مباشرة على عملية بناء الخلايا، حيث وجد أن هذه المادة تتكاثر عند حدوث الجروح أو الإصابات للأنسجة.

وتحتوي الخلايا المتقرنة على مكونات من فصيلة الدم (أ - ب) وتشارك الكرات الدموية نفس المضادات ويمكن بذلك تحديد فصيلة الدم من تلك الخلايا. لهذا فإن لها أهمية بالغة خاصة إذا لم تتوفر بقع دموية ومن الممكن الاستفادة من ذلك في حالات الطب الشرعي للمساعدة في تحديد فصيلة الدم.

وظائف الخلايا المتقرنة:

تكون هذه الخلايا الألياف البروتينية التي تعطي الطبقة القرنية تماسكها.

) : التي لها أهمية بالغة على وظائف الخلايا مثل الخلايا اللمفاوية Cytokinesتفرز العديد من السايتوكينز(والحبيبية.

تفرز عوامل النمو: التي لها أهمية في عملية اندمال وشفاء الجروح، كما أن العوامل التي تتحكم في ظهور وتساعد على إفراز هذه العوامل لها دور هام في ظهور بعض الأمراض الجلدية.

(:2Langerhans cells. ــ خلايا لانجرهانز)

هذه الخلايا لها دور مناعي مهم حيث أنها تصطاد المواد الغريبة التي يتعرض لها الجسم وتقدمها إلى ".Tخلايا "

(:3Melanocytes. ــ خلايا الميلانوسايتس)

Basementوهي الخلايا التي تعطي الجلد اللون وتقع هذه الخلايا على جدار قاعدة البشرة (

) تكون هذه الخلايا الصبغة الجلدية من الفينايل الأنين بمساعدة التايروزين بعملية معقدة.membrane

صبغة الميلانين هي التي تعطي الجلد اللون الخاص به. وتجدر الإشارة إلى أن شدة تلوين الجلد لا تعتمد على عدد هذه الخلايا في الجلد بل على نشاط تلك الخلايا ومقدرتها على تكوين الصبغة.

)Dermisالأدمة (

تتكون الأدمة من طبقة ألياف كثيفة أسفل البشرة. تتكون الأدمة من أنسجة ليفية راسخة مرنة وكذلك من الأنسجة العضلية. الطبقة العلوية من الأدمة تتكون من الطبقة الحلمية (Papillary layer) وتبرز الطبقة السطحية من الأدمة كالأصابع في طبقة البشرة، وتحتوي هذه على نهايات الشعيرات الدموية والأعصاب. كما أن اتصال البشرة بالأدمة تكون طبقة تتداخل مع الأدمة وتكون هذه دعامة قوية لطبقة البشرة وتحميها من معظم المؤثرات وكذلك من الأمراض الجلدية التي قد تؤثر على منطقة الحلمة.

الطبقة السفلى من الأدمة هي طبقة الشبكية (Reticular layer) حيث أن الإصابات أو الإلتهابات الجلدية التي تؤثر على هذه الطبقة قد ينتج عنه ندبات.

تحتوي الأدمة على الأوعية الدموية والليمفاوية ـــ الأعصاب ـــ جراب الشعر ـــ الغدد وبعض الأنسجة العضلية.

(5/1)

)Dermal cellsخلايا الأدمة (

تتكون هذه الخلايا وتنحدر من خلايا الشبكية (Reticulum cells) والخلايا ومن النسيج الضام)Mesenchymal cells.(

تتضمن خلايا الأدمة ما يلي:

1Fibrolasts. الخلايا الليفية ( )الليفية: تكون هذه الخلايا الأنسجة الليفية (Fibrous tissue) والطلاء)Ground substances.(

وظائف الخلايا الليفية:

تكون الكولاجين والأنسجة المطاطية.

تكون السكريات المخاطية.

تبنى الكولوستيرول والستيرويدات.

2Histiocytes. الخلايا النسيجية ( ) : هذه الخلايا جزء من الجهاز الشبكي البطاني)Reticuloendothelial system). الخلايا النسيجية هي خلايا أكلة وتتواجد إما متجولة أو مثبتة على الأنسجة.

) : هي خلايا متخصصة حيث تكون الهستامين والهيبارين وتتواجد هذه 3Mastocytes. الخلايا الدقلية(
الخلايا بكثرة في الطبقة الحلمية للأدمة وفى الشعيرات الدموية والطبقة الشبكية وحول زوائد الجلد.
) : هذه الخلايا لها دور هام في التفاعلات المناعية بالجسم.4Lymphocytes. الخلايا الليمفاوية (
)Immunoglobulins) : تكون هذه البروتينات المناعية المضادة (5Plasma cells. خلايا البلازما (
) : هذه الخلايا تمنع وتكبح تفاعلات الهستامين.6Eosinophils. كريات الايزينوفيل (

محتويات الأدمة

تتكون الأدمة من:

) : تتكون الأدمة من ألياف الكولاجين التي تنتجها الخلايا الليفية وتعتمد 1Collagen. ألياف الكولاجين (
سماكة الأدمة على عدة عوامل أهمها العمر والجنس والموقع. طبقة الكولاجين تكون طبقة ناعمة سطحية تحت البشرة عند الطبقة الحلمية وطبقة أخرى خشنة في الطبقات العميقة من الأدمة. من صفات ألياف الكولاجين أنها تؤدي إلى تماسك وليونة الجلد.
): تتداخل هذه الألياف مع الكولاجين وجميعها محاطة بالخلايا المخاطية 2Elastic fibres. ألياف المرنة (
متعددة السكريات.

(6/1)

) : هي الدعامة للأدمة وتتكون من المواد البروتينية 3Ground substance. المواد المطحونة (
والسكريات مرتبطة مع بعضها وتساعد هذه على حفظ الماء والسوائل فى الجلد. يوجد نوعين من الألياف البروتينية هي الكولاجين الذي يشكل غالبية الأدمة وبعض الألياف المرنة.

تحتوى الأدمة على الأعضاء العصبية المتخصصة وكذلك زوائد الجلد مثل الغدد العرقية وجراب الشعر.
).Subcutaneous tissueأسفل الأدمة طبقة دهنية تسمى الأنسجة تحت الجلد (

تحتوى الأدمة على شبكة غنية من الأوعية الدموية غير أن هذه الأوعية الدموية لا تتعدى منطقة اتصال البشرة مع الأدمة.

كما أن الأدمة تحوي شبكة من الألياف العصبية وكذلك نهاية عصبية وكرات عصبية متخصصة تؤدي وظائف عصبية مختلفة.

التغذية العصبية للجلد هي من النوع المستقل ويتضمن ذلك تغذية عصبية إلى الغدد العرقية

) إلى الغدد العرقية «أبو كرابين» والعضلات الناعمة Adrenergic) ومن النوع (Cholinergic(
والأوعية الدموية.

النهايات العصبية للجلد مختلفة الأنواع فمنها ما هو حر والبعض ينتهي في جراب الشعر والآخر له نهايات منتفخة.

كما أن هناك نهايات عصبية متخصصة في الأدمة منها كريات «فاتر» و«مسنيير»

كريات «ميركل» العصبية موجودة في اللسان وكريات في ملتحمة العين أما كريات «رفنز» فهي موجودة في بطن الأقدام.

مركبات الشعر

يتواجد الشعر على جميع مناطق الجلد عدا الأكف وبطن الأقدام والجزء الأحمر من الشفاه ومحيط الأظافر.

أنواع الشعر:

1. ــ الزغب: شعر غير ملون يظهر على جميع مناطق الجلد عدا ما ذكر أعلاه وهو عبارة عن شعر بدائي وبه غدد دهنية كبيرة ولكن بدون العضلات القابضة.

2. ــ الشعر العادي: يغطي مناطق الجلد مثل فروة الرأس ــ الحواجب ــ الرموش ــ الإبط ــ منطقة العانة ــ الذقن والشارب ــ (في الذكور) وهذا النوع من الشعر يكون ملوناً حسب لون البشرة.

الهرمونات الجنسية مسؤولة عن نمو شعر الإبط ــ العانة ــ اللحية والشارب.

(7/1)

الشكل رقم 5: مكونات الشعر والغدد الدهنية

أجزاء الشعر

): هي الجزء الأسفل من الشعر وتظهر على شكل انتفاخ ويسمى بصيلة Hair papillaحلمة الشعر (
).Hair bulbالشعر (

(Hair matrix" : هو الجزء من الشعرة داخل الجراب ويسمى منبت الشعر (Hair rootجذر الشعر"
حيث يتكون ذلك من خلايا قرنية.

الشكل رقم 6: مكونات الشعر

(:Hair shaftساق الشعر)

يتكون ذلك من خلايا متقرنة تسمى الغمد ـــ القشرة والنخاع في مركز الشعرة. غمد الشعرة هو الجزء الخارجي أما الجزء الداخلي فيتكون من طبقات «هكسلي وهنلي». يمتد الجزء الخارجي من غمد الشعر من البشرة حتى بصيلة الشعر (كما هو موضح في الشكل رقم 6).

الأظافر

الأظافر محدبة لامعة السطح وتتكون من:

(هو الجزء الظاهر من الأظافر.1body. جسم الظفر)

(هو الجزء الأمامي من الظفر.2Free edge. الطرف الأمامي)

(هو الجزء من الظفر تحت البشرة.3Nail root. جذر الظفر)

"4Lanula. الجزء الأبيض الهلالي من الظفر عند قاعدة الظفر وتسمى هذه "

(هو الجزء من البشرة التي يستلقي عليها الظفر.5Nail bed. مهد الظفر)

(هو الجزء من الظفر أسفل جذر الظفر.6Nail matrix. منبت الظفر)

(7Nail folds. ثنيات الظفر)

هي الثنيات التي تحيط بالظفر من الخلف والجوانب والمنطقة أسفل سطح الظفر هي مادة قرنية تغطي أسفل الطرف الأمامي من الجزء الظاهر من الظفر.

الشكل رقم 7: الظفر

.

الفصل الثاني وظائف الجلد

إن للجلد وظائف حيوية هامة وذلك للمحافظة على الحالة الفيزيولوجية والحيوية الطبيعية للجسم في شكلها المثالي.

وأهم وظائف الجلد هي:

1. تنظيم حرارة الجسم.
2. منع فقدان سوائل الجسم الهامة.
3. المحافظة على عدم نفاذ المواد السامة إلى داخل الأنسجة.
4. حماية الجسم من العوامل والمؤثرات المؤذية كالشمس والإشعاع.

5. طرد المواد السامة عن طريق التعرق.

6. دعم ميكانيكي والمحافظة على الأعضاء الداخلية للجسم.

(8/1)

---

7. للجلد وظيفة مناعية بواسطة خلايا «لا نجرهانس».

8. الجلد عضو الحس للألم، الحرارة، الجنس والانفعالات العاطفية.

" من طلائعه ومخزونه وذلك تحت تأثير أشعة الشمس والانقلاب الداخلي D9. تصنيع فيتامين " للستيروتيدات.

البشرة هي الطبقة الخارجية من الجلد التي تعمل كحاجز لمنع المواد الكيميائية السامة والمواد الأخرى من النفوذ عميقاً إلى الجلد، وذلك يخضع للتغيرات في سماكة الجلد استجابة لعوامل مختلفة مثل الرض والضغط.

إن طبقات البشرة تتحور وتتطور تدريجياً إلى تركيبات بنيوية أكثر قساوة وهذه تلعب دوراً هاماً كحاجز لمنع فقدان الجسم للسوائل بالإضافة إلى منع نفوذ المواد الضارة.

الطبقة القاعدية: تتميز هذه الطبقة بأن لها المقدرة على تكوين الخلايا المختلفة من البشرة حيث تنقسم وتندفع للأعلى حتى طبقة البشرة السطحية وهي الطبقة القرنية.

الطبقة الشائكة: تتميز بنمو الألياف الكيراتينية التي توجد أيضاً في خلايا الطبقة القاعدية.

عندما تدفع خلايا البشرة للأعلى من الطبقة القاعدية، تفقد الرطوبة وتصبح مملوءة بالكيراتين وتصبح أكثر " الحاوية على شحوم تلعب دوراً Lamellerجفافاً وتظهر متصلبة مما يعطي الخلايا منظراً حبيبياً. أجسام" هاماً في حماية الجلد.

الكثير من المركبات مثل الشحوم داخل الخلايا ــ الخلايا المتقرنة ــ الحموض الآمنيبثة، والأملاح الأخرى في العرق، والمفرزات الدهنية، المواد الناتجة عن تخرب البروتينات القرنية، كل تلك المواد تشكل حاجزاً الجلد في حالتها المثالية.pHهاماً لمنع ضياع الماء والحفاظ على

الطبقة القرنية تلعب الدور الأهم كحاجز ضد الالتهابات المختلفة.

يلعب الجلد كذلك دوراً هاماً كحاجز ثنائي الاتجاه لمنع عبور الماء للداخل وفقدان الماء إلى الخارج كذلك، إذ أن البشرة هي الحاجز الرئيسى فإذا أزيلت فإن الأدمة الباقية تكون نافذة بشكل كامل.

هناك طريقتان محتملان لمرور الأدوية والمواد الأخرى ويتم ذلك عبر البشرة وعبر الخلايا وهذه هي الأكثر احتمالاً لمرور المواد المستقطبة إلى داخل خلايا الخلايا.

العوامل المؤثرة على نفوذية الجلد

إن نفوذية المواد عبر سطح الجلد تعتمد إلى عومل عديدة أهمها:

1. العمر: النفوذ أكثر عند الوليد منه عند الكهل.

2. حالة الجلد: النفوذية أعلى في الجلد المتأذي السطح. كما أن المواد الكيميائية ربما تؤذي الجلد وتزيد النفوذية.

3. جفاف الجلد ــ النفوذية أكثر في الجلد الرطب منها في الجاف. الرطوبة تزيد قابلية الطبقة المتقرنة، ويعتبر الماء المحرض الفعال للنفوذية.

الشكل رقم 8:

الطبقة القرنية والفراغات

4. المحتوى الدسم للبشرة ليس له تأثير كبير على النفوذية.

5. نمط الحامل للمواد: إن الوسيط أو الناقل الذي يحتوي بعض المواد المؤثرة قد يزيد النفوذية والامتصاص للأدوية وغيرها من على سطح الجلد، وهذا يعتمد على نمط الحامل وحالة الجلد. عدد من الحوامل نفسها قد تسبب الأذى للجلد حتى البسيطة منها وبالتالي فإن هذه تساعد على المزيد من نفوذ أكثر للدواء والمواد الأخرى المطبق موضعياً على سطح الجلد.

6. الاحتقان وتوسيع الأوعية الدموية: الاحتقان يزيد من استجابة الجلد للمحرضات المختلفة سواء كانت موضعية أو داخلية وتلك تزيد النفوذية الجلدية.

7. العوامل الفيزيولوجية والدوائية: نفوذ المواد الموضوعة على سطح الجلد تعتمد على مؤثرات مختلفة فمثلاً:

انقباض الأوعية الدموية يعزي إلى الستيروتيدات القشرية.

التوسع الوعائي يعزى إلى النيكوتينات.

) يعزى إلى الهيبستامينات.Whealingالشري(

التعرق يكون نتيجه البايلوكاربين.

التخدير يعود للمخدرات الموضعية.

(10/1)

---

8. المواد المذابة بالشحوم تساعد على نفوذ المواد المطبقة على سطح الجلد والهرمونات والستيرويد " والأملاح الكلورين والكبريتات يمكن أن تنفذ من سطح الجلد. الغازات والمواد الطيارة يمكن Dوفيتامين" كذلك أن تعبرسطح الجلد.

المراجع

Abraham W, Downing DT. Preparation of model membranes for skin permeability studies using stratum corneum lipids. J Invest Dermatol 13–809 :93 ;1989

1.

Breathnach AS. Embryology of human skin. A review of ultrastructural studies. The Herman Beerman Lecture. J Invest Dermatol 1971; 43 – 133 :57

2.

Breathnach AS. An Atlas of the Ultrastructure of Human Skin .London: J & .A. Churchill, 1971

3.

Biochemistry and Physiology of the Skin Vol 2. New York and Oxford: Oxford University Press, 95–1255 :1983

4.

Blank IH. Cutaneous barriers. J Invest Dermatol 1965; 56–249 :45

5.

Elias PM. Epidermal lipids, membranes, and keratinization. Int J Dermatol 1981; 20: 19–1

6.

Deutsch TA, Esterly NB. Elastic fibers in fetal dermis. J Invest Dermatol 1975; 65: 3–320

7.

Farmer ER, Hood AF, eds .Pathology of the Skin. London: Prentice Hall International1990 ,

8.

Goldsmith LA, ed. Biochemistry and Physiology of the Skin 2nd edn .New York: Oxford University Press, 1991

9.

Holbrook KA, Odland GF .Regional development of the epidermis in the first trimester embryo and the second trimester fetus (ages related to the timing of amniocentesis and fetal biopsy). J Invest Dermatol 1980; 74: 8–161

10.

Holbrook KA, Hoff MS .Structure of the developing human embryo and fetal skin. Semin Dermatol 1984; 202–185 :3

11.

Hashimoto K, Gross BG, Lever WF. The ultrastructure of the skin of human embryos. I. The intraepidermal eccrine sweat duct. J Invest Dermatol 1965; :45 51–139

12.

Lever WF, Schaumburg-Lever G. Histopathology of the Skin 7th edn

13.

Briggaman RA, Wheeler CE. Epidermal-dermal interactions in adult human skin. II. The nature of the dermal influence. J Invest Dermatol 1971; 26–18 :56

14.

Montagna W, Yun JS. The skin of primates. XVI The skin of Lemur mongoz. Amer J Phys Anthrop 1963; 21: 81–371. Philadelphia: Lippincott1990 ,

15.

McKee PH. Pathology of the Skin. Philadelphia: Lippincott1989 ,

16.

Scheuplein RJ, Bronaugh RL. Percutaneous absorption. In :Goldsmith LA, ed

17.

Smith JG, Jr, Fischer RW, Blank H. The epidermal barrier: a comparison between scrotal and abdominal skin. J Invest Dermatol41−337 :36 ;1961

18.

Scheuplein RJ, Bronaugh RI. Percutaneous absorption .In: Goldsmith LA, ed Biochemistry and Physiology of the Skin Vol II. New York and Oxford: Oxford University Press, 1983: 95−1255

19.

Wertz PW. Lipids of keratinizing tissues. In: Bereiter-Hahn J, Matoltsy AG, Richards KS, eds .Biology of the Integument. Vol 2: Vertebrates. Berlin: Springer-Verlag, 23−815 ;1986

20.

Yardley HJ. Epidermal lipids. In: Goldsmith LA, ed .Biochemistry and Physiology of the Skin. New York: Oxford University Press81−363 :1983 ,

21.

الفصل الثالث طرق تشخيص الأمراض الجلدية

من المهم أن نتعامل مع الحالات الجلدية بطريقة علمية حتى يتسنى الوصول إلى تشخيص دقيق ونتائج علاجية فعالة تريح المريض من شكواه، ويمكن أن يتم ذلك بالخطوات التالية:

تاريخ وتسلسل الحاله المرضية:

الاستفسار عن تاريخ المرض الجلدي تكون بنفس الطريقة التي تتبع في أي مرض داخلي أو جراحي، وذلك بالاستفسار من المريض أو العائلة خاصة في الأطفال فيما يتعلق بتوقيت بداية المرض ومدته.

القصة العائلية والأمراض السابقة والقصة الدوائية كلها مهمة وقد تساعد في تشخيص المرض الجلدي عند التعامل مع آفة جلدية عند الرضع أو الأطفال، فإن الأم تعطي القصة المرضية أو حتى التشخيص أحياناً.

يجب على الطبيب أن يكون صبوراً يسأل بدقة وصبر، ومن الأهمية القصوى أن يسأل عن الأدوية التي أعطيت للطفل سواء كانت موضعية أو عن طريق الفم أو غيرها.

معظم المراجعين للعيادة الجلدية يكونوا قد عالجوا مشكلتهم الجلدية سواء عن طريق الطبيب أو أحد أعضاء الأسرة أو الصيدلي أو بواسطة نصيحة من صديق.

على كل حال، عندما تستمر الآفة أو تصبح أكثر تعقيداً فإنهم يلجأون إلى المساعدة الاختصاصية.

هناك الكثير من الملاحظات التي يجب عدم إغفالها مثل:

سوابق الإصابة بمرض تحسسي (ربو، حمى العلف، شرى، أو التحسس الدوائي...).

إن تلك الملاحظات مهمة جداً ويجب تسجيلها في ملف المريض.

الاستفسار عن نمط التغذية والطعام الذي يحرض الآفات الجلدية عند الطفل يجب أن تؤخذ في الاعتباركذلك الوليد والرضيع ليس فقط ذوي التغذية المتنوعة ربما يتناولون الحبوب مثل «السيريلاك» التي قد تكون سبباً مهماً في مضاعفة مشكلتهم الجلدية.

إن دور الأم ليس فقط تغذية الطفل وتسمينه، بل إن لها أدواراً تربوية والمحافظة على طفلها من النواحي الفيزيولوجية والنفسية حيث أن تلك هي ذات الأهمية القصوى.

يجب ملاحظة حالة الجلد سواء كان جافاً أو الطفل يتعرق أم لا وطبيعي وكذلك نوع المفرزات التي تخرج من طفلها وتغير اللون خاصة إذا لاحظت وجود تلونات دموية بالافرازات.

(13/1)

كل ذلك يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار وتسجيل الطبيب المعالج هذه العلامات الفيزيائية قد تشخص بعض الأمراض الجهازية أو الوراثية.

قد يحصل الطبيب على معلومات قيمة من الأم إذا ما تابع تفاصيل قصته المرضية.

ويمكن أن يمضي بعض دقائق في الاستجواب ولفت انتباه الأم لبعض التفاصيل الواجب أن لا تنساها أبداً.
بعض المعلومات في القصة تختصر الوقت والجهد للوصول إلى التشخيص الدقيق، ويجب على الطبيب أن لا يشعر بأنه أمضى وقتاً أطول مع المريض على الإطلاق.
بعض الأدوية أو الأطعمة التي تتناولها الأم وتمر عبر حليب الثدي قد يكون لها دور كبير وهام في الآلية المرضية وتنشيط الأكزيما الجلدية.
الطبيب الحاذق يجب أن لا يتبع خط روتيني ومتحفظ في الاستجواب كما في الكتب والمجلدات.
القصة المرضية الكاملة عند مريض الجلدية يجب أن تتابع تطور المرض بدقة وقدر الإمكان ولتحديد هذه العناصر عند قدوم المريض ومناقشة كافة الأمور التي تتعلق بالآفة الجلدية سواء النفسية، الشخصية، العاطفية، الوراثية أو البيئية.
التاريخ العائلي للمريض
الاستعداد العائلي لبعض الأمراض الوراثية: مثل داء السكري، الأمراض القلبية الوعائية والأورام. فإن من المهم السؤال كذلك عن أمراض الحساسية العائلية في عدد كبير من الحالات الجلدية، وليس من الكافي أن تسأل سؤالاً ببساطة (هل يوجد أي مرض تحسسي في العائلة)؟؟
الشرى ــ الأكزيما ــ حمى العلف والربو يجب أن تذكر بخصوصية الحالات الشائعة الأخرى المرتبطة بالأمراض الجلدية تشمل العد أو حبوب الشباب، الشواك، التصبغ الجلدي الأصفر (Xeroderma pigmentosum)، الصلع، الصداف، وبعض التشوهات الخلقية الأخرى.
العمر

مثل كل الأمراض الأخرى، فإن بعض أمراض الجلد تبدو أكثر تكراراً في مجموعة أعمار معينة على الرغم من نعومة جلد الطفل إلا أنه يبدو مشابهاً لجلد البالغين وإن بعض أعضاء الطفل الوليد تكون أقل تطور مثل الغدد الدهنية ــ الأجربة الشعرية ونسيج الأوعية الضام.
يوجد اختلافات مهمة في التنظيم الحراري بين جلد الرضيع وجلد البالغ وذلك ينجم عن الاختلاف في نسبة مساحة الجسم بالنسبة للحجم، وفعالية أوعية الجلد وقدرتها على إضاعة الحرارة بالتعرق.
هذه الاختلافات المهمة جداً يجب أخذها بعين الاعتبار خاصة عند وصف العلاج.

البيئة

البيئة لها دور كبير ومهم في الآلية المرضية وإثارة بعض الأمراض الجلدية لدى الأطفال الصغار.

الطقس الحار الرطب يثير الطفح الحراري والأمراض الجلدية الفطرية.

نمط الرياضة والنشاط عند الطفل سواء داخل البيت أو خارجه ربما يكون لها دور هام على المرض الجلدي

الاحتكاك مع أطفال آخرين في المدرسة أو النوادي الرياضية سواء استخدم لباسه الخاص أو غيره، الألبسة ذات دور مهم أيضاً.

مستوى المعيشة: سواء يسكن في شقة سكنية أو بيت مفصول مع حمام سباحة أو مع حديقة محيط به.

نمط الحيوانات الموجودة في البيت مثل القطط، الكلاب والطيور ... ... وغيرها.

العرق

نادراً ما يكون عاملاً محدداً مهماً، لكن يمكن اعتباره مهماً في الإنذار لبعض الأمراض الجلدية، فالإلتهابات الفطرية مثل داء الفطار الكرواني(Coccidomycosis.) قد يحدث مضاعفات خطيرة عند الزنوج

التوزع الجغرافي

بعض الأمراض الجلدية مثل الليشمانيا، اليوز، البنتا، البجل وأكزيما التماس تحدث أكثر في المناطق ذات النباتات الخاصة والأشجار والتعرض لبعض المواد الكيميائية.

الفرد الذي يمضي بعض الوقت في الطقس المداري لكنه ليس مواطناً يكون أكثر تعرضاً وتفاقماً لبعض الأمراض الجلدية الشائعة مثل لدغ الحشرات، التهابات جرثومية أو فطرية، من المواطنين المقيمين.

(15/1)

التهاب الأنف التحسسي، والربو قد يلاحظان أكثر ما يكون في المناطق المغبرة والمناطق الخضراء ذوات العشب والازهار.

بعض الأمراض الجلدية ذات توزيع جغرافي معين، حيث أن بعض الأطباء لم يعاين في هذه المناطق مثل تلك الأمراض وقد يكون لديه فكرة نظرية فقط، بينما هؤلاء الذين يعيشون في المناطق الموبوءة، فإن مثل تلك الأمراض ربما تواجه وتشخص بدقة.

لقد فحصت سيدة صغيرة تعمل سكرتيرة لدى أحد السفراء عرضت علي من قبل طبيب الأسرة، هذه السيدة

تناولت أدوية لعلاج قرحة في ساقها وصفت لها من مراكز خارجية ومحلية وكانت تخضع لأنماط مختلفة من الستيروئيدات داخلاً وموضعياً على المنطقة المصابة لأجل الآفة الجلدية التي كانت تعاني منها منذ عده شهور (ليشمانيا جلدية). لقد أظهرت أثار التحفظ وكانت في شك عندما أخبرتها أن مشكلتها ستحل بإذن الله خلال مده أقصر مما تتوقعين.

) لمدة عشرة أيام.Pentostam I.M.60Mg.dailyلقد صرفت لها حقنة يومية (60 ملغ بنتوستام) (المريضة معتادة على أخذ صور منفصلة لقرحة الساق. وفي اليوم العاشر زارتني في عيادتي وقد شفيت بشكل سريع

الفصلSeason

بعض الأمراض ذات ذروة فصلية، فمثلاً أكزيما الملامسة وحمى العلف تلاحظ في فصل حبات الطلع، وبعض الأمراض بما فيها التهابات الجلد والفطور السطحية والدخنيات تصبح أكثر سوءاً خلال فصول الحر خاصة في الطقس الحار الرطب.

الشري الحطاطى أكثر شيوعاً عند الأطفال في الصيف وينجم غالباً نتيجة لدغ الحشرات.

الجلد الجاف يسوء غالباً في الشتاء بسبب الرطوبة المنخفضة الناجمة عن المنازل المدفأة صناعياً والتعرض الجلدي للحمامات الساخنة لفترة طويلة.

ويلاحظ في المرضى المصابين بأمراض جلدية متكررة بأن للعوامل الجوية والطقس وبداية المرض وعوامل أخرى كلها ذات أهمية قصوى.

العلاجات السابقة

(16/1)

وهي ذات أهمية قصوى كذلك خاصة عند الرضع والأطفال الصغار إذ يجب استجواب الأهل حول الأدوية المتناولة داخلاً أو موضعياً من قبل الطفل. إن الكثير من الأمراض الجلدية التى يصادفها الطبيب المعالج تفقد الكثير من مظهرها الذى قد تعيق التشخيص مثل استعمال دهان بنفسجية جانشيانا (Gentian)، فهي ليست تغطي الآفات وإنما قد تسبب تسلخاً لجلد الطفل خاصة إذا طبقت مركزه على violet المناطق التناسلية والثنيات الجلدية.

وربما تختفي الصورة السريرية بشكل كامل بسبب بعض الأدوية الموصوفة..كما إن بعض الأمراض مثل

الأكزيما سوف نجد أن التغيرات والمضاعفات ناجمة عن المعالجة الغير مناسبة التي تعطى للمرض الجلدي في البداية.

عدد كبير من الأطفال الرضع قد يصابون بالخطوط على الجلد، بثور تشبه حبوب الشباب، وجه البدر، جلد حمامي (محمر) ورقيق خاصة على الوجه وذلك قد ينجم عن سوء استعمال أو استخدام مركبات الكورتيزون (الستيرؤيدات القشرية) القوية الفعالية.

الأدوية الموضعية كذلك قد تؤدي إلى تحسس موضعي بسبب محتوى القاعدة التي يحضر بها المركب أو الدواء نفسه أو من المشاركة مع أدوية أخرى مثل النيومايسين، المركبات التي تستخدم في التخدير الجراحي، مضادات الهستامين وحتى الستيروييتيدات.

وقد يحدث التحسس الدوائي من المضادات الحيوية والمهدئات والمقويات والفيتامينات والملينات وكما أن الاندفاع الدوائي الثابت الناجم عن السلفونميدات يمكن أن يحدث كذلك.

بعض مرطبات الجلد الحاوية على أعشاب خاصة أو التي تكون على شكل شاي الأعشاب قد تسبب ارتكاساً جلدياً شديداً.

الفحص السريري

(17/1)

يجب أن يكون الفحص تحت ضوء جيد ويفضل ضوء النهار أو مصباح يشبهه. استخدام العدسات المكبرة المتحركة يمكن أن تساعد الكثير. في كثير من الحالات يمكن تشخيص الحالة المرضية بالعين المجردة وذلك مع الخبرة. ولكن الفحص الشامل ليس فقط محصوراً بالمنطقة فيما حول الآفة وإنما يجب أن يشمل المناطق الأخرى من الجسم ويجب عدم إهمال ذلك.

الطبيب يجب أن يتهيأ ويقوم بعمل ما لأجل مريضه، بالإضافة للتحدث معه وإضافة روح المرح إلى المريض كما يجب أن يحاول أن يبعث فيه الثقة والتشجع والود. ويستطيع حتى أن يقدم للحالات التشاؤمية نظرة تفاؤلية لجعل مريضه سعيداً خاصة أولئك المصابين بأمراض جلدية معقدة مزمنة أو المصابين بأمراض نفسية.

إذ يجب على الطبيب أن يحاول إدخال الطمأنينة والراحة إلى نفسية المريض.

إن ثقة المريض أو أفراد العائلة بالطبيب تعتبر ذات أهمية قصوى، والوصفة وحدها قد لا تكفي إذ يجب

على الطبيب أن لا يركز جل انتباهه لتشخيص وعلاج الآفة الجلدية فقط بل يجب أن يتحرى عن وجود علاقة بين الآفة الجلدية وروابط أخرى، إذ أن بعض الأمراض الجلدية تكون مظاهر لأمراض داخلية.
كما أن الفحص السريري الشامل يجب أن لا يغفل أي علامات اضطهاد قد تظهر على الطفل سواء من قبل الأهل أو الخدم أو السائقين أو موظفين آخرين يعملون لأجل الأسرة.
ويجب كذلك فحص المناطق التناسلية عند الطفل للكشف عن احتمال وجود علامات الإلتهاب الموضعي خاصة الثأليل التناسلية والشرجية، سجحات وانفعالات بالمنطقة التناسلية والشرجية إذ ليس من المستبعد أن يلاحظ الطبيب زوال غشاء البكارة أو سجحات في المناطق التناسلية أو مفرزات مهبلية أو داخلية أو المظاهر الأخرى للأمراض المنتقلة بالجنس عند الأطفال.
ويجب كذلك ملاحظة السلوك النفسي وعلاقة الطفل بأهله والأعضاء الآخرين في العائلة.

أنواع الآفات الجلدية

الآفات الجلدية الأولية (البدائية)

وهي الآفات الأصلية التي تظهر بنتيجة محرضات مختلفة.

وتشمل هذه:

): منطقة مسطحة محدودة من لون مختلف عن الجلد المحيط بها. قد تصبح 1Macule. ـــ لطاخة (مرتفعة بسبب الوذمة حيث تسمى عندئذ لطاخة حطاصية.

) : ارتفاع من الجلد محدد الحواف.2Papule. ـــ الحطاطة (

) : ارتفاع صلد أكبر من الحطاطة.3Nodule. ـــ العقيدة أو الدرنة (

) : جزء مرتفع سميك من الجلد ذات حواف واضحة جداً وسطح خشن أو ملس أو 4Plaque. ـــ البقعة (منبسطة.

) : احمرار في سطح الجلد: وهي أشيع الآفات الجلدية البدائية تظهر في معظم 5Erythema. ـــ الحمامي(أمراض الجلد وتنجم عن توسع الأوعية الدموية في الأدمة.

) : حويصل جلدي مملوء عادة سائل.6Blister. ـــ نفطه (

) : فقاعة صغيرة.7Vesicle. ـــ الحويصل (

) : حويصل ضخم.8Bulla. ـــ فقاعة (

) : مرتفع جلدي مملوء بسائل ملتهب.9Pustule. ـــ البثرة(

) : أمراض جلدية عائلية وراثية تنجم عن عوز فرط في المحتوى الطبيعي للجلد 10Nevus. ـــ الوحمة (وعادة تعرف باسم الوحمات (الشامات).

الآفات الجلدية الثانوية

وهي تعديلات أو تغيرات في الآفات الأولية ناجمة عن أنتان أو رض أو عوامل أخرى.

الآفات الجلدية الثانوية هي:

) : طبقة من الخلايا القرنية المسطحة تنشأ من الطبقة المتقرنة.Scalesالتحرشف(

تقشر الجلد هو فيزيولوجي عند الأشخاص الطبيعيين ينجم عندما يتم تكوين خلايا البشرة سريعاً أو هناك اضطراب في تقرن الجلد فإن التقشر المرضي سوف ينتج. وقد يكون موضعياً أو معمماً ويسمى التهاب الجلد التحرشفي.

) : مصل جاف يلاحظ في الأوعية المتمزقة أو البثرات أو الفقاعات.Crustالقشور (

)): سجحات جلدية ينجم عادة من الأظافر كمحاولة لمنع الحك.Excoriationالسحجات

) : تهتك أو انفصال في البشرة.Fissureالشقوق(

) : منطقة فقدان جزئي من البشرة الجلدية أو الأغشية المخاطية.Erosionالتآكل أو الانقلاع (

) : ضياع السماكة في البشرة أو الأدمة أو الأنسجة الأخرى. Atrophyالضمور (

(19/1)

) : زيادة سماكة الجلد وقد يتبع ذلك زيادة في أصباغ الجلد.Lichenificationالتحزز(

) : تشكل نسيج ليفي غزير.Fibrosisالتليف(

) : تجمع موضعي للصديد في جوف (كهف) يتشكل من تخرب أو تنخر النسيج.Abscessالخراج (

) : التهاب في النسيج الخلوي خاصة القيحي منه في الأدمة Cellulitisالحمرة (التهاب النسيج الخلوي) (العميقة والنسيج ماتحت الجلد.

) : التهاب جلدي قيحي.Pyodermaالتقيح الجلدي (الدبيلة) (

) : ضياع الشعر الموضعي أو العام وقد ينجم ذلك عن عدة عوامل جهازية Alopeciaالحاصة (الثعلبة) (

أو موضعية.

الثعلبة قد تكون بدئية أو ثانوية لأمراض جلدية أولية مثل الأنتانات الجرثومية أو الفطرية.

): قناة صغيرة في الجلد تحتوي على وحيدات الخلية مثل الجرب.Burrowالانفاق (

) : انحباس الكراتين والدهون في فتحة القنوات الدهنية المتوسعة.Comedoالزؤان(

) : شبة ورم يحتوي على دم.Hemartomaالورم الدموي(

) : منطقة من النزف بقطر أكثر من 2 سم.Ecchymosisالكدمات (

) : نزف نقطي حوالي 1 ــ 2 ملم قطراً.Petechiaeالنمشات (

) : فرط تصبغ موضعي يتلو بعض أمراض الجلد.Stainsالتصبغات (

) : وهي انشطار الكراتين الأدمي إلى قشور.Exfoliationالتقشر (التوسف) (

) : الالتهاب الجلد الصباغي يتبع التجمعات الدموية تحت الجلد.Hemosedrosesالصباغ الدموي (

) : وهي ممر من الطبقة العميقة إلى سطح الجلد أو بين بنيتين وهي مغطى عادة ببشرة Fistulaالنواسير(شائكة.

) : زيادة في سماكة الطبقة القرنية.Keratodermaتقرن الجلد (

) : آفات خطية ينجم عن شد الجلد سواء فيزيولوجياً أو مرضياً.Striaالخطوط(

) : سماكة قرنية في الجلد.Callousالثفن (

) : كيسة بيضاء صغيرة تحتوي على مادة كيراتينية.Miliumالدخن (

) : وهو نمو نسيج مرضي يحتوي عدد من كتل حلمية متقاربة.Vegetationsالنابتة (

) : كتلة تشبه الحلمة، تبرز من سطح الجلد. Papillomaالورم الحليمى(

(20/1)

) : قرح صغيرة في الأغشية المخاطية.Aphthaeالقلاع (

) (: وهي ظاهره تتمثل بشكل تغيرات جلدية Koebners phenomenonظاهرة كوبنر (الكتوبية الذاتية (

مثل تلك الموجودة في الآفات الأولية بواسطة رض غير نوعي مثل الصداف.

طرق تشخيص الأمراض الجلدية

الجلد هو الغطاء المتعرض والمعطف الخارجي لسطح الجسم إذ أن الآفات الجلدية سواء البدائية منها أو

الثانوية تبدو عليه واضحة للعيان. الطبيب الحاذق والخبير يمكن أن يشخص مباشرة بعض آفات الجلد بدقة وبدون تردد.

إن المريض الذي يهدر وقته وماله للحصول على فرصة الوصول إلى الطبيب لمعالجة مشكلته الجلدية يجب أن يحصل على عناية خاصة وملائمة.

من الناحية النفسية قد لا يكون المريض مسروراً عندما يجد أن مشكلته قد حلت خلال بضع دقائق عندما يكون ذلك بطريقة متسرعة وغير مقنعة خاصة إذا تم ذلك خلال دقائق بعد جلوسه أمام طبيبه الذي يقدم له قطعة من الورق تحتوي على الأدوية، وربما يعطي انطباعاً بأن الطبيب قد أنهى مهمته وعليه أن يغادر العيادة ليجلس مكانه مريض آخر.

بعض المرضى قد يكون لديهم شك بأن مشكلتهم الجلدية لم تعالج بشكل مناسب خاصة ذوي الأمراض الجلدية المزمنة وبالتالي سوف يستشيرون عيادات أخرى مختلفة.

نواجه أحياناً بمرضى يقولون إن (إن هذه أكثر دقائق حياتنا غلاءً، لقد دفعنا الكثير من المال من أجل عدة دقائق.....).

في الحقيقة إن بعض الأمراض الجلدية يمكن تشخيصها بنظرة مع درجة عالية من الثقة ولكن حتى بعض الحالات فإن القصة المفصلة ضرورية جداً من أجل وضع خطة العلاج الفعال.

على الرغم من ذلك كله ففي الحقيقة إن الكثير من الأطباء ذوي الخبرة الطويلة يمكنهم تشخيص معظم الأمراض الجلدية بهذه الطريقة، لكن بعض الأمراض الجلدية تحتاج عناية أكثر واستقصائات أدق للوصول إلى التشخيص الشامل والكافي.

المراجع

(21/1)

Auerbach AD. Diagnosis of diseases of DNA synthesis and repair that affect the skin using cultured amniotic fluid cells. Semin Dermatol 1984; 84–172 :3

1.

Auerbach AD. Diagnosis of diseases of DNA synthesis and repair that affect the skin using cultured amniotic fluid cells. Semin Dermatol 84–172 :3 ;1984

2.

Ahlstedt S, Eriksson N, Lindgren S et al. Specific IgE determination by RAST compared with skin and provocation tests in allergy diagnosis with birch pollen. Timothy pollen and dog epithelium allergens. Clin Allergy 1974; 4: 140–131

3.

Boyd AS, Neldner KH. The isomorphic reponse of Koebner. Int J Dermatol 1990; 29: 10–401

4.

Committee on Provocative Food Testing. Identification of food allergens. Ann Allergy 1973; 92–375 :31

5.

الفصل الرابع طرق استقصاء الأمراض الجلدية

طرق الاستقصاء ما قبل الولادة

)Prenatal diagnosis(

الهدف من التشخيص قبل الولادة هو تحديد أو نفي الأمراض الوراثية أو الخلقية ضمن الرحم. إن القرار بالإسقاط الانتقائي للحمول المصابة قد يساعد بشكل جيد على تقليل الحالات المأساوية، المادية، النفسية والاجتماعية، وقد تساعد كذلك على وضع خطة للحصول على أطفال أصحاء بدلاً من الإسقاطات المتكررة، والولادات الشاذة.

إذا ما ولد الطفل بعد التشخيص الإيجابي فإن فحص الجثة يجب أن يجري بعناية لكي نثبت التشخيص والبحث عن الشذوذات الخلقية الممكنة.

طرق التشخيص

السائل الأمنيوسي: وخلاياه يستخدم في تشخيص عدد من الأمراض الاستقلابية والشكلية والكيميائية الحيوية والنسجية.

الأمواج فوق الصوت: وسيلة قوية لتحديد اضطرابات الجملة العصبية المركزية والهيكل العظمي.

تنظير الجنين: وهي تقنية تشمل إدخال المنظار الباطني الليفي إلى داخل الرحم الحامل.

بزل السائل الأمنيوسي: وسيلة مناسبة وآمنة نسبياً للحصول على السائل الأمنيوسي وخلاياه لإجراء الاستقصائات الحيوية والشكلية والكيماوية الحيوية. هذه الاختبارات عاده يجري في الأسبوع 16 من الحمل.

خزعة جلد الجنين: تساعد في الكشف عن الشذوذات الشكلية، النسيجية والمناعية.

المعايره الأنزيمية.

يساعد في تحديد أي شذوذ وراثي.DNAــ فحص الــ

التشخيص الخلوي:

فحص كشاطة من الآفة أو محتويات الحويصلة يمكن أن يساعد في تشخيص بعض الأمراض الجلدية. ويجب أخذ العينة من اللطاخة النسيجية من الآفات الباكرة والطازجة.

توضع اللطاخة الرقيقة على شريحة نظيفة، تترك حتى تجف ومن ثم تلون بطريقة (رايت) أو طريقة «هيماتوكسيلين» «ايوزين» أو «جيمزا». هذه يمكن أن تفحص بعدسة قليلة القوة ومن ثم بعدسة عالية القوة لأخذ فكرة حول محتويات اللطاخة.

الطرق العامه لاستقصاء الامراض الجلديه

(:Tzank testلطاخة تزانك)

الفحص النسجي من قاعدة الفقاعة لكشف الآفات الفقاعية في معظم الاندفاعات الفقاعية فإن اللطاخة سوف تبدي خلايا التهابية فقط في الفقاع ويمكن أن يلاحظ خلايا شائكة ذات نوى ضخمة وسيتوبلاسما كثيفة في الحلا البسيط.

داء المنطقة وجدري الماء سوف تبدي اللطاخة خلايا عرطلة وحيدة ومتعددة النوى وتتكس بالوني الشكل في النوى.

(:Diascopyالتنظير الخارجي)

وسيلة بسيطة تفيد في إضافة معلومات للتشخيص في بعض أمراض الجلد مثل الذئبة الشائعة الذي يبدي عقيدات مثل هلام التفاح البني المحمر المائل للصفرة وتجري هذه التجربة بواسطة شريحة زجاجية أو خافض لسان بلاستيكي شفاف بضغط بقوة على الآفة. الانضغات المؤقت للدم سوف يظهر التغيرات الجلدية.

(: تستخدم عادة لتشخيص الآفات الفطرية، تأخذ الكشاطة من Skin scrappingsفحص كشاطات الجلد)

الفروة أو المناطق المغبنية، الأقدام أو المناطق الأخرى وذلك يتم كما يلي:

ينظف الجلد بواسطة الكحول ثم يترك حتى يجف.

(23/1)

الشكل رقم 9: التنظير الخارجي

اكشط المنطقة بواسطة المكشطة أو حافة الشريحة الزجاجية على شريحة نظيفة وأضف نقطة واحدة من مركب KOH 10% ــ 20% من . الخيوط والأبواغ تظهر بشكل أجسام بيضاوية وتتعكس ضد SMS أو أرضية الخلايا والشوائب.

وإثبات التشخيص والتأكد من النتيجة يتم عادة بواسطة زرع الكشاطة على وسط خاص مثل وسط «آجار سابورويد».

الصورة الدموية (Blood picture:)

تبدي بعض أمراض الجلد تغيرات دموية جهازية أو موضعية لذلك فإن صورة الدم قد تساعد في الوصول إلى التشخيص، ولا يعني ذلك أن كل الحالات الجلدية في حاجة إلى قائمة من الاختبارات التي ربما تجعل المريض يصل إلى فقدان ثقته بالطبيب.قد تظهر صورة الدم في بعض الأمراض الجلدية ما يلي:

فرط المعدلات(Neutrophilia:)

تحدث في الأمراض الجلدية التالية:

1. الانتان مثل الحمرة ــ الدمل.

2. اضطرابات التهابية مثل البثرية أو الصداف الالتهابي، احمريات الجلد الدبيلة النخرة (Pyoderma gangrenosum.)

3. الخباثة الجهازية وابيضاض الدم (Leukemia.)

4. الارتكاس للمعالجة الجهازية بالستيروئيدات.

فرط الحمضيات (Eosinophilia)

شائع في الحالات التالية:

1. الأمراض الاستشرائية خاصة الربو والأكزيما.

2. الحساسية للطعام أو الدواء.

3. الإصابة الطفيلية: ديدان (معوية ــ جهازية)، الجرب.

4. أمراض الكولاجين الوعائية: التهاب الشرايين العديد العقدي ــ التهاب الجلد والعضلات.

5. الآفات الفقاعية: الأكزيمات الخلقية، الفقاع والداء الفقعاني.

6. حمامي الوليد (Erythema neonatarum).

7. الخباثة خاصة داء هود جكنز وابيضاض الدم بالحمضيات.

فرط للمفاويات (Lymphocytosis)

يمكن أن يلاحظ في الحالات التالية:

1. الانتانات الفيروسية خاصة الطفوح وداء وحيدات النوى الانتاني.

2. الانتانات الجرثومية: التدرن، الزهري (الإفرنجي)، الحمى المالطية وحمى التيفوئيد.

" سرعة التثقل ESR "

(24/1)

اختبار غير نوعي، ارتفاع سعة التثفل ينجم عادة عن زيادة التصاق الكريات الدم الحمر الناجم عن شذوذ بروتينيات البلاسما والفيزيولوجية المترافق مع ارتكاسات الطور الحاد أو المزمن.

بعض أسباب ارتفاع سرعة التثقل:

1. فيزيولوجية: الحمل، الطمث، تقدم العمر.

2. انتانات.

3. اضطرابات التهابية مثل التهاب الأوعية.

4. الذئبة الحمامية الجهازية (SLE).

5. تخرب النسيج.

6. الأورام الخبيثة.

7. فرط نظائر البروتينيات الدموية.

8. فرط الكريات الحمر (الكظة الدموية).

معايرة بروتينيات المصل (Serum protein estimation): هذا الاختبار يستخدم في بعض الأمراض مثل الذئبة الجهازي وفرط بروتينيات الدم.

"ANAاضداد النوى "

قد توجد في:

."1SLE. أمراض الغراء الوعائية خاصة الذئبة الحمامية الجهازية "

2. أمراض الكبد المزمنة.

3. التهاب الدرق الهاشيموتو ــ الورم الصقري (ثيموما) ــ الوهن العضلي الوخيم.

4. فقر الدم الخبيث.

5. التدرن.

6. الجذام.

7. التليف الرئوي المنتشر.

8. اللمفوما والأورام الأخرى.

9. التهاب القولون.

الاختبارات المصلية

هذه الاختبارات تكشف بعض الأمراض الجلدية مثل الزهري (الإفرنجي) وداء اللولبيات غير الزهرية مثل البنتا والإفرنجي المتوطن (البجل) بشكل رئيسي.

وظائف الكبد

قد تتظاهر أمراض الكبد بمظاهر داخلية وجلدية.

المعايرات الهرمونية: خط مهم جداً في استقصاء بعض الأمراض الجلدية خاصة المترافقة مع قصور وظيفة الغدد الصماء.

)Cryoglobulin testsاختبار الغلويولينات القرية(

تبدي ترسب البروتينيات عند التبريد وإعادة ذوبانها عند التسخين وهذه الغلويولينات لا توجد عند الأشخاص الطبيعيين.

الأمراض الجلدية التي تبدي اختبار إيجابي هي:

ــ البرفرية

ــ الزرقة بسبب الحساسية للبرد

ــ داء رينو

ــ الذئبة الحمامية

ــ الداء الحبيبي للمفاوي الزهري

ـــ قرحات الساق

ـــ برفرية الجلد

الطريقة:

(25/1)

يجمع 10 سم3 من الدم الوريدي في سرينج مدفئاً ويفصل المصل بدرجة حرارة 37 م ثم يبرد في الثلاجة لدرجة 5م. التجربة الإيجابية تظهر تتشكل رسابة جلاتينية وتنحل عند التدفئة.

(Porphobilinogen testعيار بورفوبيلينوجين البول)

وهو اختبار نوعي للبورفيريا الحادة المتقطعة وهو بسيط وذات قيمة في تحري المرضى المتوقع لديهم بورفيريا.

الطريقة:

يمزج 5 مل من بول طازج مع 5مل من رياجين «ارليش». وتمزج جميعها مع 10مل من صوديوم استيات مائية، ويستخلص المحلول بنفس الحجم من الكلورفورم، البورفوربيلينوجين واليوربيلينوجين يشكلان مركب «الدهيد أحمر» بالتفاعل مع الرياجين.

(Skin biopsyخزعة الجلد)

طريقة مهمة جداً لإثبات ودقة تشخيص الآفات الجلدية.

(Skin testsاختبارات الجلد)

وهي حقن الجلد بطرق مختلفة لدراسات التفاعلات المناعية والدوائية تحت حالات مضبوطة (مراقبة).

كل الاختبارات ذات قيمة عالية. ولكن تفاصيل شكل الاختبار ووقت قراءته متعلقة بالحالة المرضية.

تفسير الاختبارات سواء كان إيجابياً أو سلبياً يجب أن يرتبط بالحالة السريرية دائماً.

الإرتكاسات الجهازية الشديدة قد تحدث بعد إستخدام محاليل الاختبار المعايرة النظامية ولذلك فإنه من الضروري أن تكون الوسائل المضادة للصدمة مثل الأوكسجين، أدرينالين والهيدروكورتيزون حقنا في تناول اليد عند إجراء الاختبارات الجلدية.

(Patch testاختبارات البقعة)

عادة تستخدم لتحديد الحساسية بالتماس من النمط التحسسي المتأخر، وهو اختبار سهل التطبيق وأكثر أماناً

من الاختبارات الجلدية الأخرى.

الشكل رقم 10: اختبار البقعة

اختبار البقعة يثبت أن المريض لديه حساسية بالتلامس فقط ولكنه ليس من الضروري أن هذه المادة في اختبار البقعة هي فقط التي يمكن أن تسبب التفاعل لكن ربما يكون هناك مواد أخرى تثير نفس الارتكاس .

محاذير

يجب الحذر عند إجراء هذه التجربة حتى يمكن الحصول على تفسير دقيق وآمن.

(26/1)

مضادات الهستامين: عند تناولها من قبل المريض وخاصة المديدة التأثير منها أولئك الذين يتناولون الستيروئيدات داخلاً فإن الاختبار يجب أن يؤجل حتى يصبح تأثير هذه المواد أقل ما يمكن.

وهذا يستغرق حوالي عدة أيام أو أسابيع. مضاد الهستامين عادة ليس لها تأثير مهم على اختبار البقعة للحساسية الآجلة (المتأخرة).

الآفات الأكزيمائية الحادة: عند التعرض لمستضدات أخرى كالموجود في مادة الاختبار ربما ذلك يسبب ثوران إضافي للآفات خاصة عند الأطفال والأشخاص ذو الحساسية.

تخفيف تركيز مواد الاختبار: المادة المطبقة في البقعة يجب أن لا تكون مخرشة ولهذا السبب فإن المواد تخفف ولا تستعمل بكامل قوتها كما هو الحال في المواد التجميلية أو المحساسات الأخرى.

أشكال مختلفة من اختبارات البقعة

) : وهذا الاختبار يتحرى الراتنجات النباتية.1Open patch test- اختبار البقعة المفتوحة(

الطريقة: تؤخذ خلاصة المواد مثل النباتات، البذور أو الأشجار بواسطة مذيب مثل الأسيتون ويطبق على سطح الجلد مع مراعاة الحفاظ على جفاف المنطقة وتقرأ الناتج بعد 48 ساعة .

) هذا الاختبار يستخدم لتحديد 2Provacative patch test- اختبار البقعة المخرش (التخرش) (الحساسية من النيوميسين والنسيلين والبنزوكائين.

تطبيق محلول 10 % من سلفات لوريل الصوديوم إلى منطقة لاختبار لمدة ساعة، الارتكاس المهم سوف يظهر مباشرة.

) في هذا الاختبار يطبق من أجل معرفة المواد الطيارة 3Vapor patch test- اختبار البقعة الغازاتي(

مثل العطور. وفيه يطبق البخار أو الغاز على سطح الجلد تحت كأس زجاجي مغلق على الجلد لمدة 48 ساعة.

(27/1)

4- اختبار البقعة على الأغشية المخاطية: يستخدم لمعرفة العوامل المحسسة الموضعية في الفم مثل غسولات الفم والنيكوتين ومعاجين الأسنان وتجري تلك التجربة بواسطة كأس شفاط يحتوي على مادة الاختبار يطبق على الغشاء المخاطي للشفة ويترك لمدة ساعة. الشاهد ضروري في هذا النمط من الاختبار.

) يستخدم لتحديد المواد المحسسة ضيائياً مثل الفينوثيازين، 5Photopatch test- اختبار البقعة الضوئي(السلفا، والنباتات المحسسة ضيائياً.

) ضرورياً لنفي Controlاختبار البقعة يجري بالطريقة الاعتيادية لمدة 48 ساعة أخرى. منطقة الشاهد (الإيجابية الكاذبة أو السلبية الكاذبة.

طرق اختبار البقعة الاعتيادية

) على منطقة الاختبار. Antigenهذا الاختبار متوفر الآن بشكل جاهز، حيث يمكن تطبيق المستضد (الأماكن الانتقائية للاختبار عادة الظهر أو الوجه الأمامي للساعد، فإذا لم يتوفر هذه الوسيلة فإن المادة المحددة يمكن تطبيقها على شاش وتغطى بغطاء بلاستيكي.

يمكن تحديد التفاعل بعد 30 دقيقة كما في الشرى بالتماس وهذه تقرأ عادة بعد 48 ــ 72 ساعة و تقرأ ثانية بعد أسبوع.

إذا أحدث حكة أو ألم أو تخريش يجب نزع اختبار البقعة ووضع مرهم ستيرويد معتدل على المنطقة.

تفسير اختبار البقعة

تفسير نتائج اختبار البقعة كما يلي:

+1: حمامي فقط.

+2: حمامي وخطاطات.

+3: حمامي وحطاطات وحويصلات صغيرة.

+4: حويصلات كبيرة وارتكاسات موضعي شديد إلى جانب الحمامي.

التفاعلات الكاذبة

الإيجابية و السلبية الكاذبة شائعة في اختبار البقعة وهي تنجم عن عوامل مختلفة:

التركيز الخفيف او الكمية غير كافية تعطي سلبية كاذبة.

التركيز العالي والكمية الزائدة قد تسبب تخريش موضعي.

الاختبار غير الملائم مثل إن المادة غير حديثة العهد أو وجود شوائب في مادة الاختبار أو إن التغطية غير كافية.

المريض يستخدم المضادات الهستامين أو ستيروتيدات داخلاً ربما تعطي نتيجة سلبية كاذبة.

(28/1)

اختبارات داخل الأدمة (Intradermal test)

موضع الاختبار: الحقنة تجرى داخل الطبقة السطحية من الأدمة في السطح العاطف من الساعد.

الإبرة المستخدمة خلال محقنة رفيعة (26 أو 27 مقياس) والناحية المشطوفة إلى الأعلى.

كمية المحلول المحقون: يتراوح مابين 0.01 إلى 0.1 مل وروتينيا تعمل 0.05 مل وذلك يعتبر كافي عادة.

الطريقة:

يشد الجلد بالأصابع بإحدى اليدين وباليد الأخرى ندخل الإبرة المرتبطة بسرينغ التبوركلين (السلين) الحاوي على مادة الاختبار.

وقت قراءة نتيجة الاختبار:

الوقت المثالي لقراءة الارتكاس يختلف حب العامل الدوائي أو نوع الارتكاس المناعي. معظم هذه الاختبارات تقرأ إما بعد 15 ــ 20 دقيقة أو بعد 48 ساعة ولكن يبدو أن من المهم أن تقرأ في وقت آخر بعد 4 ــ 12 ساعة أو بعد 4 أيام .

محلول الشاهد: يجب مقارنة محلول الاختبار مع محلول شاهد بشكل دائم يحقن في مكان للمقارنة في نفس الوقت.

الاختبار الإيجابي ربما يعتبر مختلفاً كثيراً عن الشاهد. وتقيم الاستجابة عادة خلال 15 دقيقة مثل بعد حقن الهستامين أو النتيجة حسب تفاعلات الجلد مع المادة التي تحقن بعد اختبار التحسس وذلك يظهر بالتورم

الفجائي. يكون ذلك مع ظهور تورم مع احمرار محيطي والإنتفاخ أكثر دقة من الاحمرار. عند قراءة الاختبار بعد 48 ساعة مثل اختبار تفاعل السلين، فإن حجم الانتفاخ والاحمرار يجب أن يلاحظ .

إن قياس الانتفاخ عادة يكون بتحديد القطر ومساحته ولا يتعلق مباشرة بجرعة العامل الفعال لكن يختلف أيضاً حسب الحجم للسائل المحقون.

ملاحظة: الانتفاخ تحت 4 ملم أو فوق 15 ملم لا تؤخذ في الاعتبار عادة.

محاذير قبل إجراء الاختبار

مضادات الهستامين تثبط بقوة اختبار التورم الفجائي. وبالنسبة للأدوية عديدة التأثير مثل الترفينادين أو الاستيمازول فإن هذا التأثير يستمر حوالي 3 أسابيع.

(29/1)

الستيروتيدات القشرية: الجرعات الكبيرة والمعتدلة من الستيروتيدات القشرية على العكس فإنها تثبط نوعاً ما اختبارات البقعة على الرغم من الجرعات الأقل مثل: بردنيزولون 10 ملغ يومياً ليست مضاد استطباب للاختبار. الستيروتيد لا تثبط بقوة اختبار التورم الفجائي.

الوسائل المضادة للصدمة يجب أن تكون بمتناول اليد.

(Prick testاختبار الوخز)

هي تعديل الاختبار داخل الأدمة ومناسبة للاختبار الروتيني لعدد من المؤرجات. يجب ملاحظة أن الحقن داخل الأدمة في اختبار الوخز قد يكون المحلول خطيراً.

الطريقة: كمية صغيرة من المحلول الاختبار توضع على الجلد ويجري وخز عبرها بإبرة حادة تكون سطحية بدون ظهور دم. حجم الانتفاخ والاحمرار يقاس بعد 15 دقيقة.

(Scratch testاختبار التشطيب)

يشبه اختبار الوخز.

الطريقة: تشطيب خطي بطول حوالي 1 سم. لكن سطحي بدون إخراج دم. الاختبار يعطي نتائج أقل دقة من اختبار الوخز.

الشكل رقم 11: تجربة التشطيب

اختبار الوخز المعدل:

هذا الاختبار أكثر حساسية بقليل من اختبار الوخز العادي لكنه لا يقدم نتائج إضافية.

الطريقة: نقطة من محلول الاختبار توضع على الجلد وتدخل إبرة سطحية جداً وبشكل أفقي داخل الجلد وترفع لتشكل ارتفاع بسيط من البشرة.

اختبار التورم الفجائي:

الاستعمالات :

.IgEيستخدم لتحديد أضداد

الجوال، لكن لا ينصح به بسبب خطر التهاب الكبد المصلي أو الإيدز من الأدوات IgE يستخدم لتحديد المستعملة إذا تلوثت.

يستخدم بشكل رئيسي في تقييم حمى العلف والربو وله موقع محدد في معالجة الأكزيما الاستشرائية.

يشار له في تشخيص الشرى.

يجب ملاحظة إن النتائج الإيجابية والسلبية الكاذبة شائعة.

"اختبار-ELISA, RAST"

المقايسة بالامتصاص المناعي المرتبط ELISA) اختبار امتصاص الرياجين ــ الشعاعي) و (RAST بالأنزيم) هما وسائل بديلة لتحديد وقياس الأضداد الجوالة في الدم.

(30/1)

يتعلق جيداً بالاختبار الجلدي، ومؤهب لاختبار الأطفال الصغار جداً ويتعلق أيضاً بالمؤرجات التي RAST قد تسبب المخاطر التي قد تحدث في اختبار الوخز (الأدوية).

(Oral provocation testاختبارات التخرش (المثارة))

يجب إجراؤها بعناية ولها قيمة فقط إذا كان الاختبار مراقب بدقة والمريض متجاوباً ومقتنعاً.

إعطاء الدواء أو المادة الكيماوية عن طريق الفم قد يستدعي أحياناً لإثبات تشخيص اندفاع أو تحديد سببه الرئيسي.

الاستطباب :

الأكزيما الاستشرائية.

الشرى المزمن أو المتكرر.

الحساسية للطعام: إعادة إدخال الطعام النوعي أو الإضافات مثل التترازيين– البنزوات والمضادات كل على حدة.

(Elimination&Exclusion testsاختبار الحرمان والنفي)

هذه الاختبارات تستخدم لتحديد الطعام الملتهم لمدة عدة أيام ومراقبة الآفة الجلدية ربما يمكن أن تساعد تلك التعرف إلى تأثير المادة المسببة للتحسس.

(Wood's lightأشعة وود)

(. هذه الأشعة ْAهو مصباح أشعة فوق البنفسجية مع مصافي (فلاتر) وود. طول الموجة حوالي (3650 هي وسيلة استقصائية مهمة في تشخيص ومعالجة أمراض جلدية نوعية.

وقد تستعمل في المساعدة في تشخيص الآفات التالية:

(تعطي لمعاناً أزرق Micosporonالالتهابات الفطرية: سعفة الرأس الناجمة عن سلالات البويضاء (

Trichophyton violaceum & Trichophytonمخضر ويجب ملاحظة أن فصائل الفطريات (

(التي تسبب القرع (الالتهاب الفطرية بفروة الرأس) لا تعطي لمعاناً تحت تأثير مصباح وود.tonsurans

(تعطي ومضان أحمر أرجواني.Erythrasmaالاحمريات (

(: عندما تفحص في غرفة مظلمة بأشعة وود نظير الضوء Pityriasis versicolorالنخاليه المبرقشة (تظهر الحالة المرضية بشكل واضح ومحدود.

(العصيات الزرق تعطي لون أخضر مصفر بسبب السيانين Bacterial infectionsالانتانات الجرثومية ((Pyocyanin .(

(31/1)

(تسبب ومضان مرجاني اللون في الأجربة الشعرية Acne bacillusعصيات حبوب الشباب (العد) (ويحتمل أنه ناجم عن إنتاج البورفيرين.

(تعطي لون أحمر ـــ أرجواني أو برتقالي زهري.Erythrasmaالاحمرية (

تحديد الآفات الصباغية: أشعة وود يمكن استخدامها لتحديد عمق الميلانين في الجلد حيث أن اختلاف اصطباغ البشرة أكثر ظهوراً تحت أشعة وود من الضوء العادي. أشعة وود تظهر بشدة الفرق بين الجلد المصطبغ وغير المصطبغ. تفرق فرط التصبغ عن اللاتصبغ الكامل كما في البهاق والمهق (النصوع).

تحديد البورفيرنيات: عند فحص البورفينات في البول تعطي ومضان تحت أشعة وود بلون أحمر داكن أو برتقالي مائل للزهري. البورفيرينات (البول ــ البراز ــ وأحياناً سائل البثور في البورفيريا (Porphyria cutanea tarda) وفي الأسنان في البورفيريا المشكلة للكريات الحمر. بروتويوفيريا الدم يمكن تشخيصها أيضاً بواسطة ومضان الكريات الحمر إذ أن هذه تعطي نفس الوميض بأشعة وود.

التتراسكين: ترسب الدواء في الميناء النامي للأسنان عند الأطفال يؤدي إلى لون أصفر للأسنان تحت أشعة وود.

الأورام الخبيثة: في الجلد خاصة السرطانية الوسفية (Squamous cell carcinoma) تعطي لون سائل ومضان أحمر فاتح.

متفرقات: الأدوية ــ المركبات الصناعية والمواد القابلة للومضان يمكن تحديدها بشكل خاص بواسطة أشعة وود.

المراجع

Auerbach AD. Diagnosis of diseases of DNA synthesis and repair that affect the skin using cultured amniotic fluid cells. Semin Dermatol84–172 :3 ;1984

1.

Ahlestedt S. Eriksson N, Lindren S, et. Al., Specific IgE determination by RAST compared with skin and provacation tests in allergy diagnosis with birth pollen. Timothy pollen and dog epithelium allergens. Clin Allergy 1974; 140–4:131

2.

(32/1)

Boyd AS, Neldner KH. The isormorphic response of Koebner. Int. J. Dermatol ;1990 131140 :29

3.

Committee on Provocative Food Testing. Identification of food allergies. Ann Allergy 1973; 31: 92–375

4.

Caplan RM. Medical uses of Wood's lamp. J Am Med Assoc 1967; 202: 5 123

5.

Pepys J. Skin tests. Br J Hosp Med 1984; 32: 4–120

6.

Dutz W, Kohout E. Dermatologic diagnosis by using the hemocytometer and the dental broach. Int J Dermatol 1982; 11–410 :21

7.

Diagnosis. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1984: –147 58

8.

Eady RAJ, Rodeck CH. In: Rodeck CH ,Nicolaides KH, eds. Prenatal Elias S. Use of fetoscopy for the prenatal diagnosis of hereditary skin disorders. In: Gedde-Dahl T, Jr ,Whepper

9.

Farmer ER, Hood AF, eds. Pathology of the Skin. London :Prentice Hall International, 1990

10.

Gosden CM, Ross A, Eason PJ. In :Sandler M, ed. Amniotic Fluid and its Clinical Significance. New York: Marcel Dekker, 1981: 103–37

11.

Harrison PV. A guide to skin biopsies and excisions. Clin Exp Dermatol 1980; 5: 43–235

12.

KD, eds. Prenatal Diagnosis of Heritable Skin Diseases. Current Problems in Dermatology. Basel :Karger, 1987: 13–1

13.

Kaback MM. In: Rodeck CH, Nicolaides KH, eds .Prenatal Diagnosis. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists12–1 :1984 ,

14.

Lehman CW. A double blind study of sublingual provocative food testing: a study of its efficacy. Ann Allergy 1980; 9−144 :45

15.

McKee PH. Pathology of the Skin. Philadelphia: Lippincott1989 ,

16.

Marks R, Dawber RPR. Skin surface biopsy: an improved technique for the examination of the horny layer. Br J Derm 1971; 84: 23−117

17.

Mills OH ,Kligman AM. The follicular biopsy. Dermatologica 1983; 167: 63 57

18.

Polani PE. Incidence of developmental and other genetic abnormalities. Proc Roy Soc Med 1973; 66: 19−1118

19.

Patrick AD .Inherited metabolic disorders. Br Med Bull 1983; 39: 85−378

20.

Serup J .Quantification of weal reactions with laser Doppler flowmetry. Allergy 1985; 7−233 :40

21.

Seltzer JM. Correlation of allergy test results obtained by IgE RAST and prick-puncture methods. Ann Allergy 1985; 54: 30−25

22.

Boyd AS ,Neldner KH. The isomorphic reponse of Koebner. Int J Dermatol 1990; 10−401 :29

23.

Rothman S. Physiology and Biochemistry of the Skin. Chicago :University of Chicago Press, 1954

24.

Caplan RM. Medical uses of Wood's lamp. J Am Med Assoc 1967; 202: 5–123

25.

Gilchrest BA, Fitzpatrick TB ,Anderson RR et al. Localization of melanin pigment on the skin with Wood's lamp .Br J Dermatol 1977; 96: 8–245

26.

Gottlieb PM, Stupniker S, Askovitz J .The reproducibility of intradermal skin tests: a controlled study. Ann Allergy60–949 :18 ;1960

27.

Lever WF, Schaumburg-Lever G. Histopathology of the Skin 7thedn. Philadelphia: Lippincott, 1990

28.

McKee PH. Pathology of the Skin. Philadelphia: Lippincott, 1989

29.

Pepys J. Skin tests. Br J Hosp Med 1984; 32: 4–120

30.

Ahlstedt S, Eriksson N, Lindgren S et al. Specific IgE determination by RAST compared with skin and provocation tests in allergy diagnosis with birch pollen . Timothy pollen and dog epithelium allergens. Clin Allergy 1974; 140–131 :4

31.

Ackerman AB. Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Diseases. Philadelphia: Lea & Febiger, 1978

32.

Farmer ER, Hood AF ,eds. Pathology of the Skin. London: Prentice Hall International1990 ,

33.

Harrison PV. A guide to skin biopsies and excisions. Clin Exp Dermatol 1980; 5: 43–235

34.

Eady RAJ. Fetoscopy and fetal skin biopsy for prenatal diagnosis of genetic skin disorders. Semin Dermatol 1988; 8–2 :7

35.

Eady RAJ, Rodeck CH. In: Rodeck CH, Nicolaides KH, eds. Prenatal Diagnosis. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 58–147 :1984

36.

Gosden CM, Ross A, Eason PJ. In: Sandler M, ed. Amniotic Fluid and its Clinical Significance. New York: Marcel Dekker, 103–37 :1981

37.

Auerbach AD, Adler B, Chaganti RSK. Prenatal and postnatal diagnosis and carrier detection of Fanconi anemia by a cytogenetic method .Pediatrics 1981; 67: –128 35

38.

الفصل الخامس مبادئ طرق معالجة الأمراض الجلدية

(35/1)

إن معالجة الأمراض الجلدية هي في الحقيقة فن يزداد بالممارسة والخبرة الطويلة. ليس من الحكمة أن يندفع الطبيب المعالج فور جلوس مريضه لبضعة دقائق في كتابة الوصفة الطبية مليئة من الوجهين بالأدوية التي قد تفيد أو لا تفيد. إنه في الواقع يمكن تصنيف الطبيب من وصفته الطبية لمريضه فالطبيب الحاذق هو الذي يساعد مريضه على الشفاء بأقل الأدوية الممكنة التي لا تسبب له مضاعفات وبتكلفة أقل.

يمكن تلخيص ذلك بأنه «إذا لم تستطيع مساعدة المريض فلا داعي لأن تسبب له المزيد من الأضرار».
يجب كتابة الوصفة الطبية بدون تردد وبثقة كاملة بطريقة توحي للمريض أن الكاتب يعرف ما يكتبه وهذه الوصفة هي بالذات لذلك المريض بنظرة تجلب الثقة والإطمئنان. أن هذه الوصفة هي خلاصة تجربة الطبيب وبرهان على مهارته وخبرته أملاً في أن تؤدي إلى الشفاء العاجل بإذن الله.
يجب أن يدون الطبيب ما كتب في الوصفة من أدوية في ملف المريض حتى يمكن مراجعتها عند متابعته في المرات القادمة، إذ أن كثيراً ما تنسى تلك الأدوية وقد يصرف نفسها للمريض في المراجعة لاحقاً مما قد يسبب له الكثير من عدم الثقة في طبيبه خاصة إذا لم يؤدي العلاج السابق إلى نتيجة. إن هذا قد يضع الطبيب في إحراج كان من الممكن تلافيه لو دون الطبيب أدوية مريضه في الملف واطلع عليها قبل كتابة الوصفة الجديدة.
كما أن الطبيب بحكم موقعه يجب عليه ألا يستغل أو يسيء استعمال الأمانة ويجب أن يكون مخلصاً لمريضه بطريقة وفلسفة تقنع المريض بأنه يتلقى نفس المعاملة والعناية التي قد يقدمها الطبيب عند معالجة طفلة أو أخته أو والديه.
الشكل رقم 12: جدرة نتيجة عض الجلد المتكرر
إن بعض المرضى قد لا يحتاجون إلى علاج مما يشكون منه، إذا أنه قد يكفي شرح طبيعة الحالة وإدخال الطمأنينة إلى نفس المريض ولا داعي لكتابة أي دواء إذا لم يكن هناك مبرر لذلك.

إن هذا يريح الكثير من المرضى ويزرع الثقة بذلك الطبيب الذي أمامه دفتر الوصفات والأقلام ويمكنه أن يملئ تلك الوصفات بالأدوية وتقديمها لمريضه التي قد لا تزيده إلا معاناه وخسارة. هذا بالضبط ما يقال أحياناً لبعض المرضى اللذين يلحون على الحصول على المزيد من الأدوية «بأن لا داعي لكتابة أي دواء طالما مريضك ليس بحاجة فعلاً إليه».
بعض المرضى اللذين يعانون من اضطرابات نفسية معينة قد يضطر الطبيب لبعض الأدوية البسيطة وقد يكون ذلك نتيجة لظرف خاص.
أما بعض الحالات فيمكن تقديم التعليمات العامة التي تساعد المريض دون الحاجة إلى أدوية مكلفة فمثلاً: ذوي البشرة الجافة قد يشكون من هرش مستمر بالجلد خاصة في فصل الشتاء فيمكن نصح المريض

باستعمال المرطبات للجلد وتخفيف فترات الاستحمام خاصة ببعض الصابون الذي لا يحتوي على القلويات القوية. إن هذا قد يخفف من شكوى مثل أولئك المرضى. وباختصار شديد فإنه في جميع الأحوال «لا داعي لصيد الطائر بقذيفة» وهذا يعني أن الأمراض البسيطة يجب معالجتها بأقل الأدوية تركيزاً حتى لو استمرت فترة العلاج لمدة أطول.

كما أنه من المهم أن يشرح الطبيب لمريضه كيفية استعمال الدواء وخاصة الأدوية الموضعية مثل المراهم وغيرها وذلك عن كمية الدواء الذي يوضع على الجلد والمدة التي يجب بعدها وقف الدواء. فيقال مثلاً على المريض أن يستعمل الدواء لمدة محدودة وذلك بوضع كمية من المرهم في كل مرة مثلاً ما يساوي بطول 1/2 سم من المرهم أو أكثر أو أقل حسب مساحة المنطقة المصابة.

إن بعض مناطق الجلد مثل الوجه وثنايا الجلد تحتاج إلى مركبات موضعية أقل تركيزاً من تلك التي تستعمل عادة إلى الأماكن الأخرى من الجلد وذلك لأن جلد الوجه بالذات والثنايا تظهر عليها بسرعة أكثر المضاعفات مثل إحمرار الجلد وظهور الأوردة الدموية تحت سطح الجلد وغيرها من الأعراض الغير مرغوبة.

(37/1)

كما أن الأدوية التي تؤخذ بالفم خاصة بواسطة الأطفال قد يكون لها تأثير سلبي كذلك إذا لم يتقيد أهل المريض بالجرعة المحددة من قبل الطبيب المعالج. هذه العلاجات إما على شكل نقط أو شراب.

والمقاييس المتعارف عليها هي :

النقطة = 0.05 سم3

ملعقة الشاي = 5سم3

ملعقة الحلويات = 8 سم3

ملعقة الطعام = 15سم3

الكوب العادي = 250سم3

إنني لا يمكن أن أنسى تلك الحادثة لمريض وصفت له التحاميل لتساعده في تخفيف ما يشكو منه من البواسير. لقد أحضر إلي المريض في اليوم التالي يحمله بعض أقاربه وهم في حالة من الصعب وصفها وبأن الدواء الذي تناوله المريض كاد أن يقضي عليه. كان ذلك فعلاً مفاجأة وكيف يمكن ذلك أن يحدث

ذلك من عدة تحاميل استعملها ذلك المريض؟؟ ولما بادرته بالسؤال عن كيفية استعمال العلاج وعن عدد التحاميل التي استعملها؟ أجاب المريض بأنه استعملها ثلاث مرات يومياً حسب الوصفة ثم أردف قائلاً بأن طعم الدواء يا دكتور كان شديد المرارة ولكنني استطعت أن أتغلب على ذلك وأن أخلطه مع بعض الشاي المحلى كثيراً واستطعت في النهاية من أخذ الدواء حسب التعليمات.

لا يستغرب أحد أن يصادف الطبيب مثل هذه الحالات لذلك بضع دقائق إضافية قد تكون مهمة حتى يتوج الطبيب عمله بالخير، وذلك بشرح مفصل عن طريقة استعمال الدواء. كما أن الطبيب يلاحظ دائماً بأن من بين مرضاه من لا يستوعب الشرح من أول مرة ويحتاج إلى إعادة وإعادة فلا داعي لضجر الطبيب من ذلك .

إن المركبات الموضعية قد لا يستهان بتأثيرها ومضاعفاتها خاصة في الأطفال وذلك لسرعة امتصاص الأدوية الموضعية من على سطح الجلد ولقلة مساحة الجلد بالنسبة لجسم الطفل.

مركبات المراهم الجلدية: تستعمل في حالات الجلد المتماسك الجاف في حالات الأمراض الجلدية المزمنة.

الكريمات: للحالات التي يكون فيها الجلد متسلخ بعض الشيء مع القليل من الإفرازات.

المركبات السائلة: مثل الكمادات وغيرها فتستعمل عادة لتجفيف المنطقة المصابة الرطبة التي يخرج منها السوائل مثل الالتهابات الحادة.

كما أن المنطقة المصابة تحدد نوع المركب الموضعي الذي يجب إستعماله فمثلاً: المناطق التي بها شعر مثل فروة الرأس فيجب استعمال المركبات السائلة حيث يمكن استعمالها بطريقة أسهل ويمكن تنظيفها كذلك دون عناء. وتكراراً لما ذكر سابقاً فإن جلد الوجه والثنايا مثل منطقة الحفائظ تحتاج إلى مركبات خفيفة التركيز.

إن بعض المركبات مثل السالسيلات ــ السيلينيم سلفايد ومركبات الفينول التي تستعمل أحياناً لتخزين الملابس الشتوية قد تؤدي إلى مضاعفات خطيرة وقد سجلت بعض الوفيات في الأطفال نتيجة التسمم من مثل تلك المركبات.

إن الكثير من الأطباء يصادفون بعض المرضى اللذين يستعملون مركبات الكورتيزون المركزة على الوجه مثلاً ورغم المضاعفات التي تحدثها تلك المركبات مثل الإحمرار الشديد وظهور الأوردة تحت سطح الجلد

وبعض البثور على المناطق المصابة إلا أن المريض يستمر في استعمال ذلك المركب لأن جلده قد أدمن عليه ولديه الاعتقاد الراسخ بأن هذا الدواء فقط الوحيد الذي يفيده حتى ولو طلب منه أن يوقفه وأن يعطى البديل إلا أن المريض لا يلتزم بذلك ويعود إلى استعماله.

إن هذه ظاهرة خطيرة ويجب التعامل معها بحذر وحكمة بإقناع المريض بمضار ذلك الدواء وعليه الصبر والتعاون مع الطبيب حتى يتخلص من تأثيره وأن يستعمل الدواء الذي يوصف له.

عندما يساورني الشك بتشخيص دقيق لأي حالة جلدية خاصة في الأطفال في مناطق الوجه والحفائظ فإنني أصف له دواء بسيط مثل (بيفوكساماك) "Droxaryl cream or Flogocid (وهذا المركب خالي من :" الكورتيزون ويؤدي عادة إلى نتيجة طيبة دون الخوف من المضاعفات حتى لو استعمل لمدة أطول.

(39/1)

إن هذه الطريقة أفضل بكثير من الاندفاع في كتابة الأدوية التي قد تشوه الحالة المرضية حيث لايمكن تشخيصها بعد ذلك بالإضافة إلى المضاعفات والخسارة المادية والنفسية خاصة إذا لم تتحسن حالة المصاب.

كما أنه من المهم تعريف المريض بنوع المرض المصاب به: وما هي العوامل التي يجب عليه أن يتجنبها، ومدة استعمال العلاج والفترة المتوقعة التي يتم فيها الشفاء.

إن توفر معلومات مطبوعة على ورقة لدى الطبيب لتزويد المريض بها تحتوي على المؤثرات الداخلية والخارجية التي تؤثر على ظهور أو مضاعفات الحالة تساعد الكثير من المرضى ولها دور هام ورئيسي في تحسين حالته المرضية، إذا أن استعمال الأدوية لوحدها دون تجنب المسببات والمؤثرات لن تكون لها الأثر المرجو من العلاج. فمثلاً: حساسية الحفائظ عند الأطفال لا يكفي أن نصف للمريض المراهم والعلاجات الأخرى فقط بل يجب أن نجد المانع الذي يفصل بين جلد الطفل وتلك الحفائظ التي لها دور هام في ظهور الحساسية الجلدية، ويمكن ببساطة تحقيق ذلك بوضع شاش نظيف أو معقم على الجلد بعد وضع المراهم حتى يكون هناك عازل بين المؤثر وسطح الجلد.

وبعد الانتهاء من كل ما سبق ذكره وكتابة الوصفة للمريض، يطلب منه المراجعة لمتابعة الحالة ولايكفي أن تقول للمريض يمكنك الاتصال تلفونياً بهذا المكتب إذا لم تتحسن حالتك خلال خمسة أيام مثلاً.

إن المريض الذي لا يتابع جيداً لن يكون شاكراً لطبيبه وسيشكو دوماً بأن طبيبه لم يقدم له ما يساعده على

الشفاء.

الأدوية المستعملة بكثرة في علاج الأمراض الجلدية

مضادات الحساسية

مقدمة

تعتبر أدوية مضادات الحساسية أكثر الأدوية استعمالاً في علاج الأمراض الجلدية ولهذا يجب على الطبيب المعالج أن يكون ذو دراية واسعة بمركبات تلك الأدوية وفعاليتها والجرعة المناسبة وكذلك الآثار الجانبية المحتملة.

(40/1)

إن الجيل الأول من مضادات الحساسية تخترق حواجز الدماغ فقد تحدث في الكثير من الأحيان آثاراً جانية مثل النعاس وغيرها أما الجيل الجديد منها فإنه أحسن حالاً ومعظمها لا تؤدي إلى مثل تلك الآثار إذا استعملت في حدود الجرعة المحددة.

تختلف مضادات الحساسية في تركيزها ومدى تأثيرها: فمنها من له التأثير لفترة قصيرة وأخر لفترة متوسطة والبعض الآخر له تأثير قد يستمر إلى عدة أيام.

مضادات الحساسية هي خط الدفاع الأول لمعالجة الهرش في كثير من الأمراض الجلدية حيث أن بعضها يعاكس تأثير مادة الهستامين في الجسم مباشرة والبعض الأخر يعمل من خلال وسيط يؤدي في النهاية إلى نفس النتيجة. مضادات الهستامين تحوي المجموعة (CH2CH2N.وهي تشبه جزيء الهستامين)

يحتوي جسم الإنسان على عدد من مستقبلات الهستامين وهي:

هـ1: (H 1Receptors 1. مضادات الهستامين وتأثير هذه الرئيسي طرفي يضاد تأثير الهستامين) ويبطل التفاعلات الناتجة عن زيادة الهستامين في الجسم مثل الحكة – توسع الأوعية الدموية الصغيرة وتقلل من نفاذ السوائل الى الخارج الذي يسبب انتفاخ المنطقة الواقعة تحت ذلك المؤثر، بالإضافة إلى تخفف انقباض العضلات الملساء.

هـ2: (H 2Receptors 2. مستقبلات تأثيرها على إنتاج حامض المعدة بالإضافة إلى ذلك فإن لهذه) المستقبلات دور على أوعية الجلد الدموية وعلى جهاز الجسم المناعي.

3) توجد هذه المتقبلات في الدماغ وهي مسؤولة عن عملية إنتاج وتنظيم 3H. مستقبلات هـــ3: (
الهستامين في الجسم.

(41/1)

إن تحديد جرعة مضادات الهستامين تعتمد غالباً على حسب وزن المريض ويفضل كما هو الحال في الأطفال إن تحديد الجرعة تقدر حسب سطح الجلد. ويفضل أن يعطى الجيل القديم من مضادات الحساسية على جرعات ثلاثة أو أربع جرعات في اليوم الواحد، بينما الجيل الثاني من مضادات الحساسية فتعطى جرعة واحدة ويفضل أن تكون في المساء حتى تساعد على تخفيف الحكة الجلدية وبالتالي تساعد الطفل وكذلك الوالدين على نوم هادىء خال من شكوى وقلق الطفل من تأثير الهرش.

في بعض الحالات الشديدة من الأمراض الجلدية المصحوبة بحكة قوية قد نعطي أكثر من نوع من مضادات الحساسية وذلك من فصيلتين مختلفتين خاصة تلك الحالات المزمنة التي لا تستجيب للعلاجات التقليدية مثل الشرى المزمن.

ومن المعروف أن مضادات الحساسية القديمة قد تسبب النعاس ولذلك من الأفضل إعطائها للطفل بعد عودته من المدرسة وعدم إعطائها للذين يتطلب عملهم التركيز خاصة السائقون وغيرهم من الفئات الأخرى.

بعض أنواع مضادات الحساسية مثل مضادات هـــ 1 يمكن إعطائها للأطفال مثل مركبات
) ويمكن إعطائها للأطفال الرضع.Trimeperazine)

لا تعطى بعض مركبات مضادات الهستامين إلى الأطفال في سن أقل من اثني عشر عاماً، ومن هذه الأنواع مثل :

)Azatidine, Pyrilamine,Clemastine.(

الجيل القديم من مضادات الهستامين

أنواع كثيرة من مضادات الهستامين التي كانت تستعمل منذ فترة طويلة قبل اكتشاف الأنواع الجديدة متنوعة ويشمل بعضها ما يلي :

".1Alkylamines"

): ومتوفرة في الصيدليات بأسماء تجارية Chlorophenaramine maleate) من هذه المركبات (a

..) على شكل حبوب أو شراب وحقن. الجرعة للأطفال من هذا Chlortrimaton, Polaramineمثل: (
الأنواع: هي 35.,.مجم /كجم/ في اليوم وعلى ثلاثة جرعات في اليوم.

(42/1)

أما البالغين هي 2-4 مجم 3-4 مرات يومياً أو 8-12 مجم كل 12-24 ساعة. تعطى جرعة واحدة في المساء قبل النوم تجنباً للآثار الجانبية التي قد تحدث أثناء النهار.

) بتركيز 4مجم أو حبوب Dimetapp" متوفر على شكل حبوب (Bromopheneramine maleateا) " طويلة الأمد 12مجم تعطى كل 12 ساعة وكذلك على شكل شراب 2مجم/ ملعقة شاي. ويتوفر من هذا الصنف حقن بتركيز 10مجم/سم 3 أو 100 مجم لكل سم3.

) حبوب 4-6مجم Polaramine " متوفر على شكل (Dexachlorophenarimine maleateج) " وشراب 2 مجم لكل ملعقة شاي من الدواء.

جرعة الأطفال من هذا النوع تعتمد على سن الطفل: يعطى الأطفال من سن 2 - 5 سنوات جرعة 1/2 مجم ثلاث مرات يومياً.

الأطفال من عمر 6 سنوات إلى أحد عشر عاماً فيعطون 1 مجم 3 مرات يومياً.

جرعة البالغين 4 - 6 مجم / في اليوم ويمكن إعطاء الجرعة قبل النوم.

" المستحضرات التجارية من هذا المركب:2Ethanolamines. مركبات :"

(Benadryl capsules or : ويتوفر في الأسواق باسم "Diphenhidramineمن هذه المركبات)
" كبسولات بتركيز 10.25.50 مجم وكذلك على شكل سائل: بتركيز 12.5مجم / لكل معلقة شاي syrup من ذلك المركب. ويتوفر ذلك أيضاً على شكل حقن بتركيز 50 مجم لكل حقنة.

الجرعة للأطفال من هذا الدواء: هو 5 مجم /كجم/ في اليوم موزعة على أربعة جرعات يومياً، ويمكن أن يعطى معلقتين من الشاي من الدواء قبل نوم الطفل بالليل أما جرعة البالغين فهي 25 - 50 مجم ثلاث مرات يومياً.

) من هذه المركبات المتوفرة في الأسواق هي:3Promathazines. مركبات :(
) ويتوفر ذلك على شكل حبوب بتركيز 12.5مجم، 25مجم، 50مجم أو على شكل شراب Phenergan(
بتركيز 6.25 مجم لكل معلقة شاي من الدواء.

جرعة هذا الدواء للأطفال هي 1/2 مجم /كجم/ في اليوم، توزع على ثلاثة جرعات.

الجرعة للبالغين هي 25مجم في اليوم. هذا الدواء قد يسبب حساسية ضوئية وكذلك ألام عضلية غامضة.

(43/1)

)Cyproheptadine; Periactin(من هذه المركبات هي(4Piperadine.)

يتوفر هذا الدواء على شكل شراب وحبوب. الجرعة للأطفال 1/4 مجم /كجم/ في اليوم، توزع على ثلاثة جرعات إذ تحتوي ملعقة الشاي من الدواء على 2مجم . قد يسبب هذا الدواء النعاس للأطفال وكذلك يساعد على فتح شهية الطفل.

وغالباً ما نعطي جرعة الدواء قبل نوم الطفل وعند عودته من المدرسة تجنباً للآثار الجانبية أثناء تواجد الطفل بعيداً عن البيت.

وبصفة عامة يجب تحذير الوالدين بمراقبة أطفالهم اللذين يتناولون أنواع مضادات الحساسية خاصة تلك إذا كان تأثير الدواء قوياً أو تناول جرعة زائدة فقد يتعرض الأطفال من السقوط خاصة من الشرفات أو في حمامات السباحة فالمراقبة الحذرة ضرورية عند البدء في استعمال تلك المركبات.

)Piperazine) : Hydroxazine HCL; Atarax.5)

يتوفر هذا المركب على شكل حبوب بتركيز مختلف: تركيز الحبوب 10مجم، 25مجم/50مجم و100مجم لكل قرص. أما الشراب فإن كل معلقة شاي تحتوي على 10مجم من المركب.

الجرعة: الأطفال يمكن إعطاء الأطفال فوق عمر 6سنوات بمعدل الجرعة اليومية هي: 2 مجم /كجم/ في اليوم. البالغين: 10– 25 مجم / 6 ـــ 8 ساعات.

ويجب ملاحظة أن هذا الدواء مضاد للحساسية وفي نفس الوقت مهدئ وبالتالي فإنه يفيد كثيراً في حالات الحساسية والشرى خاصة إذا صاحب ذلك اضطرابات أو توترات نفسية بالمريض.

إن هذا الدواء هو أكثر مضادات الحساسية التى أفضل استعمالها في حالات الشرى المزمنة. خاصة إذا كان المريض من النوع الذي يتعرض إلى ضغوط نفسية أو توترات عصبية.

وفي الحالات المزمنة التي لم تتجاوب مع العلاجات التقليدية للحساسية فإنني أعطي المريض مركب "Benadryl, 10 ومركب أخر من مضاد للحساسية من فصيلة أخرى مثل شراب أو حبوب "Atarax" mgm. قبل النوم " .

إن هذه المركبات ذات فائدة كبيرة للتخلص من الهرش خاصة أثناء الليل، وبذلك يمكن مساعدة الأطفال والأسرة على نوم هادئ بالليل، عادة تساعد مثل هذه المركبات على الشفاء من الأمراض المصحوبة بالحساسية التى لم تستجيب لكثير من العلاجات.

" هذا المركب متوفر على شكل حبوب ـ شراب بتركيز 25 Hydroxazine pomate) : " Vistaril) و50 و100 مجم أو حقن 25 –50 مجم لكل سم3.

ملاحظات هامة

لا تعطى للأطفال ذوي 1Cyproheptadine. مركبات مضاد الحساسية من الجيل القديم مثل مركبات العمر أقل من سنتين.

)لا Bromopheneramines, Chloropheneramines ,Tripolidine& Phenindamine.2) تعطى للأطفال أقل من عمر 6 سنوات.

" بتركيز 10مجم على النشا وكذلك مركبات التارترازين 3Hydroxazine. تحتوى أقراص " " في الغلاف الخارجي للأقراص وقد تسبب تلك حساسية من تأثير هذه المواد الموجودة في Tartrazine" الغلاف. يجب مراعاة ذلك في حالات التي يكون سبب حساسية المريض من النشا أو مركب التارترزين.

" بتركيز 25مجم و100 مجم فإنها لا تحتوي مثل هذه المركبات.Atarax أما حبوب "

4. الأعراض الرئيسية والآثار الجانبية للجيل القديم من مضادات الحساسية هي جفاف الفم ـ عدم القدرة على التركيز ـ النعاس وفتح الشهية وزيادة الوزن إذا استعملت لمدة طويلة.

الجيل الجديد من مضادات الحساسية

هذه الأ نواع من مضادات الحساسية تتضمن مجموعة من المركبات التي تختلف عن سابقتها بأنها لا تسبب عادة أثار جانبية إذا استعملت بطريقة صحيحة وفي المريض المناسب وبالجرعة المحددة.

تشمل تلك المركبات:

) :Terfenadine":(Teldane 60mg.1".

هذا المركب غالباً لا يسبب النعاس وكان يستعمل على نطاق واسع. إنه مضاد قوي لمستقبلات هــ1 ويؤدي إلى تحسن سريع لكثير من الأمراض الجلدية التي يصحبها هرش قوي وغالباً ليس له تأثير جانبي على حسن الأداء أو على المهام التي تحتاج إلى تركيز ذهني ويمكن تعاطية قبل أو بعد الطعام.

(45/1)

تبدأ فعالية الدواء بعد ساعة أو ساعتين من تناوله وتصل ذروة فعاليته بعد 4 ساعات من تعاطيه وتستمر فعالية الجرعة وهي 60مجم للبالغين لمدة 12ساعة.

يعطى في العادة قرص 60مجم في الصباح وقرص في المساء وقد وجد أن عطاء قرصين دفعة واحدة مرة يومياً في المساء من الممكن أن يؤدي إلى نفس تأثير الجرعتين في الصباح والمساء.

ويجب ملاحظة أن الجرعة الزائدة قد تؤدي إلى الإغماء وإلى رجفات في البطين والموت المفاجئ.

نتيجة للآثار الجانبية التي سببها ذلك فإنه سحب من بعض الأسواق ورغم ذلك فإن البعض لا يزال يعتقد بأنه من الممكن الاستفادة من مثل هذا العلاج إذا أعطي في حدود الجرعة المقررة.

التداخلات الدوائية :

2 ، والماكروليدات والاريثروميسين.Hتجنب المشاركة لهذا الدواء مع الكيتوكونازول ومضادات

ـــ الجرعات: الأطفال 15ملغ/12ساعة بعمر 3 ـــ 6سنوات و30ملغ/12ساعة للأطفال حوالي 12سنة.

الكبار 60ملغ/يوم مقسمة كل ساعة ويمكن مضاعفة الجرعة إلى 120ملغ/يوم في الحالات الشديدة.

(:2Zyrtec. ـــ سيترزين)

هو دواء يمتص بسرعة مع استقلاب قليل ويطرح أغلبه بدون تغيير في البول مما يوجب أن تخفض الجرعة عند مرضى الكلية.

يبدأ التأثير خلال ساعة واحدة وذروته تبدأ خلال 4 ـــ 8 ساعات وله تأثير مديد، حيث أن جرعة واحدة قد يمتد تأثيرها إلى حوالي 24ساعة.

) وهذا يبدو أنه متعلق Placeboلوحظ أن هذا الدواء يسبب نعاساً واضطراب وظيفي بالمقارنة مع(بالجرعة ولا ينصح باستعمال هذا الدواء أثناء الحمل.

الجرعات: عند الكبار 5 ـــ 10ملغ مرة واحدة يومياً.

(3Clairatin. ـــ اللوراتادين)

جيد الامتصاص ويستقلب بقوة، يستمر تأثيره عادة إلى ما بعد 5 أيام. قد يؤدي إلى اضطراب الأداء باستعمال الجرعة العالية.

يجب إعطاؤه بحذر للمرضى الكبار جداً (المسنين) والمصابين بالأمراض الكلوية والكبدية.

(46/1)

بدء التأثير سريع (خلال ساعة) وذروته خلال 4 ــ 6 ساعات، وله تأثير مديد حيث أن جرعة أو حبة واحدة10 ملغ يمكن أن يؤثر لمدة 24 ساعة وليس له تأثير منوم أو حال النظير

) أو محاذير متعلقة بالجرعة.Anticholinergicالودي(

)من مجموعه الأدوية المسموح بها من الدرجة FDAفي الحمل: تصنف المنظمة العالمية للتغذية والأدوية (الثانية في الحمل.

الجرعة: يتوفر الدواء على شكل أقراص 10 مجم وشراب.

الجرعة للبالغين: 10 مجم يومياً.

.4Hismanal, 10mg) Astimazole(

1 "وبالتالي فإنه مضاد قوي للحساسية. امتصاص الدواء يكون بطيئاً مع Hهو مضاد قوي لمسقبلات " وجود الأطعمة وهذا يفسر زيادة الوزن عند البعض.

تصل قمة امتصاص الدواء خلال ساعة واحدة وقد يستمر تأثيره إلى حوالي 11 يوماً وذلك بعد جرعة قرص واحد الذي يساوي 10 مجم. إستجابة الأعراض بطيئة إذ تبدأ بعد حوالي يومين.

هذا العلاج في حدود الجرعة المتفق عليها لا يسبب عادة أعراضاً جانبية ولكن إذا تم تجاوز الجرعة فإنه قد يسبب الإغماء ومضاعفات قد تؤدي إلى الوفاة.

" بأنه من المجموعه «ج» خاصة فيما يتعلق باستعمالاته أثناء الحمل.FDAتصنيف الدواء لدى"

التداخلات الدوائية مع الاستيمازول:

المستويات المصلية للاستيمازول قد تزداد بسبب التداخل مع بعض الدوية مثل الكيتوكونازول، ومثبطات 2 " والاريثروسيين والماكرولیدات.H"

الجرعات :

1 Hالجرعة عند الأطفال (فوق 40كلغ) هي 0.2 مغ/كغ/يوم، وله تأثير إيجابي شديد جداً على مستقبلات وتأثيراته غير عكوسة بعد إيقاف العلاج .

جرعة الكبار هي: 10 ملغ/يوم وهو أمن، مديد التأثير جداً، فعال وذو تأثيرات جانبية قليلة.

التركيبات الموضعية للعلاجات المختلفة – الستيرويدات الموضعية

TOPICAL CORTICOSTEROIDS

(47/1)

منذ عام 1925م عندما أصبحت الستيرويدات الموضعية متوفرة تجارياً، استخدمت في علاج العديد من الأمراض الجلدية المختلفة بواسطة بعض المركبات التي تختلف عن بعضها بالقوة والتركيب.

الستيرويدات القشرية هي مضادة للالتهاب ومضادة للحساسية ومضادة لتكاثر الخلايا.

في الأطفال: إن التطبيقات الموضعية للستيرويدات يجب استعمالها بحذر شديد وبكميات قليلة ويجب استعمال الأنواع الخفيفة التركيز ولفترات أقل حتى لا تسبب تلك مضاعفات غير مرغوبة.

الأطفال والرضع أكثر تاثيراً لمضاعفات الستيرويدات الموضعية خاصة الأنواع المفلورة ذلك لأنهم يملكون مساحة جلد أكبر لوزنهم.

إن فعالية الستيرويدات الموضعية تعتمد على البنية والتركيب الدوائي والقوة وحالة سطح الجلد والعمر ومدة العلاج ودرجة النفوذية إلى الجلد. الطفل في الصورة العلوية (الشكل رقم 13) عولج بمركبات غير ستيرويدات مرهم لمدة خمس أيام مع زوال الحساسية الجلدية تماماً.

الشكل رقم 14: نفس المربض

بعد العلاج بمركب خالي من الكورتوزون

الشكل رقم 13: أكزيما دهنية

الطفل الثاني (الشكل رقم 15): لوحظ بعد استخدام الستيرويدات موضعياً في مراكز أخرى لفترة طويلة محدثة اختلاطات أكثر ومعاناة أكبر وضياع للوقت والمال.

الشكل رقم 15: حساسية الاطفال عولجت بمركب قوي من الكورتيزون (يلاخظ المضاعفات نتيجة لذلك)

الكورتيزون والهيدروكورتيزون ذوي تأثير مضاد للحساسية وقد يكون لهذه المركبات مضاعفات أقل بينما المجموعات المفلورة تملك تفاعلات وتأثيرات جانبية أكثر مثل الخطوط الأرجوانية، توسع الشعريات الدموية تحت الجلد ــ ضمور الجلد وبعض التأثيرات الجانبية الأخرى غير المرغوبة.

) هو الستيرويد الموضعي الوحيد الذي اتفق على استخدامه عند ELOCOMمركب الموميتازون فوريت(الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية وحتى 0.5% و 1% هيدروكورتيزون المتوفرة بدون وصفة طبية لم يتفق على استخدامها عند الأطفال.

(48/1)

هناك العديد من الستيرويدات المتوفرة في الصيد ليات والتي تختلف في تركيبها وقوتها وآثارها الغير مرغوبة .

الاستطبابات بالستيرويدات القشرية موضعياً

أمراض الجلد الارجية وحساسية الجلد.

التأثيرات المقبضة للأوعية خاصة الأنواع المفلورة.

الآفات الجلدية الحاكة: مثل الأكزيما.

الآفات التنشؤية الحطاطية الشائكة مثل الحزاز المسطح والصداف.

أدواء الغراء (الكولاجين) مثل الذئبة الحمامية القريصية.

الأدواء الحويصلية الفقاعية مثل داء الفقاعة.

الأمراض الارتشاحية مثل الساركويد والورم الحبيبي الحلقي.

طرق الاستخدام :

1. ـــ التطبيق المباشر على الآفة الجلدية.

يطبق الدواء على جلد رطب بعد حمام أو غسل المنطقة بالماء إن أمكن ويفرك الدواء جيداً على سطح الجلد .

ملاحظة :

المراهم أكثر فعالية من الكريمات والهلام (الجل).

المركبات المفلورة (بيتاميتازون فاليرات 1, %، فلوسينالون استينولون استيوتيد 025,%، ترايام سينولون اسيتونيد 1و.%) أقوى بحوالي ألف مرة من هيدروكورتيزن 0.1%.

2. ـــ طريقة التغطية.

غطي المنطقة بالسيلوفان بعد تطبيق الدواء أو استخدام أغطية خاصة تحتوي إلى ستيرويد قشري فعالCordran tape.) يجب غسل المنطقة أولاً ثم يفرك المرهم عليها وتغطى

وجد أن فعالية الستيرويدات القشرية بالتغطية تزداد إلى حوالي مائة مرة أكثر من التطبيق الحر على الجلد.

هذا يعتمد بشكل رئيسي على جفاف منطقة التغطية وزيادة نفوذية المركب وفي نفس الوقت الكمية المطبقة كما يحافظ وضع الشريط عليها كل الوقت على استمرارية تماس المركب مع سطح الجلد ولا يزول الدواء

نتيجة ذلك بأي وسيلة.

تستعمل طريقة التغطية بشكل رئيسي للأفات المفردة أو القليلة العدد مثل الحزاز المسطح الضموري (Lichen planus) البقع الصدفية المفردة (Psoriasis)، ولا يستعمل للمسطحات الواسعة لكي لا يحدث تأثيرات جانبية موضعية أو جهازية غير مرغوبة.

أنواع الستيرويدات القشرية الموضعية

(49/1)

موميتايزون فوريت (Elocom): خفيف وله تأثير جيد، وهو من الستيرويدات الأكثر أماناً من الستيرويدات المتوفرة موضعياً هذا النوع من الستيرويدات القشرية الموضعية يستخدم في الأطفال الصغار.

الستيرويدات المعتدلة الضعيفة: هيدروكورتيزون ــ كولبيتازون (Eumovate).

الستيرويدات المعتدلة القوة (Celestoderm) ، فلوسينولون (Synalar).

الستروويدات القوية جداً: كولبي تازول بروبيونات (Dermovate.)

بعض الستيرويدات القشرية الموضعية المتوفرة في الأسواق

1. موميتا يزون فوريت (Elocom) : للاستعمال عند الطفل. وهو مركب آمن ومعتمد من قبل (FDA)

2. هيدروكورتيزون، (Eumovate) : متوفر على شكل مرهم، كريم، محلول.

3. ــ الستيرويدات المفلورة: أكثر قوة لكنها أغلى ثمناً من الهيدروكورتيزون وله أثار جانبية غير مرغوبة.

وهناك عدد منها متوفرة مثل:

لوكوكورتين (Fluromethazone) مرهم، كريم، محلول أو مشاركة مع حمض الصفصاف (Salicylic acid) أو القطران (Tar" أو مضادات فطرية (Vioform. "

بيتامتيازون فاليرات (Betnovate.) مرهم، كريم، ومحلول للفروة.

سليستود يرم (Celestoderm) مرهم وكريم،كلها قد تكون متوفرة بشكل مشارك مع المضادات الحيوية كالجنتاميين لعلاج الأكزيما الملتهبة.

بيتاميتازون دي بروبيونات (Diprosone.) مرهم، كريم، محلول.

) كريم) وبمشاركة مع مضاد حيوي:Decodermد يكساميثازون: متوفرة بشكل

) أو بخاخ Decoderm trivalent) أو مع مضاد بكتيري وفطري(Decoderm compound cream(

) مرهم.Salidecodermأو مرهم عيني) أو مشارك مع حمض الصصفاف مثل(

) مرهم وكريم.Aristecortترِيام سينولون (

) . Kenalog orabase) مرهم،كريم، ومحلول الآفات الفم (Kenalogكينالوج (

(50/1)

"مرهم، كريم ومحلول، هو من أقوى الستيرويدات الموضعية، ويجب أن لا يطبق بأي Dermovate" طريقة على جلد الرضيع أو الأطفال الصغار أو الوجه أو الجلد المتمزق أو ثنايا الجلد أو المنطقة التناسلية في البالغين على تلك المناطق المذكورة.

مركبات للمناطق المشعرة وفروة الرأس

"Lotionلوكاكورتين محلول"

" تطبيق على الفروة.Locoidلوكوييد "

" تطبيق على الفروة.Betnovateبيتنوفيت"

" (ديبروزون + حمض الصفصاف).Diprosalicمحلول"

" للتطبيق على الفروة في الحالات المزمنة للبالغين ولا يستعمل للأطفال.Dermovate"

هذه المركبات يمكن غسلها بسهولة بالشامبونات العادية، وفي حالات معينة مثل الصداف والتهاب الجلد الزهمي نستخدم شامبونات قطرانية الأكثر فعالية وتلعب دور إضافي في علاج آفة الفروة.

محاليل الستيرويد يمكن استخدامها مرتين أسبوعياً أو مرة يومياً حسب قوة الستيروئيد الموجود في المحلول، وعمر المريض ونمط الآفة المراد علاجها.

محاليل الستيرويد يجب أن يستعمل أيضاً بحذر بحيث لا تصل إلى العين وإلى نفس المحاذير تنطبق كذلك للمركبات الستيرويدية يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار.

التأثيرات الجانبية للستيرويدات الموضعية

تفاقم وانتشار الالتهابات والانتانات الجلد الفيروسية والجرثومية والفطرية.

الستيرويدات القوية قد تسبب ثوران وتوسع انتشار الآفة الجلدية والأمراض لجهازية الموجودة سابقاً مثل

الداء السكري وارتفاع الضغط الدموي.

ترقيق الجلد في الوجه والثنيات بسبب ضمور الجلد.

ظهور علامات تشبه التي تحدث عند شد الجلد (الخطوط الأرجوانية).

توسع الشعيرات الدموية.

ظهور شكل الوجه مثل «وجه البدر».

اندفاع شبيه بالعد مثل «حبوب ا لشباب» (عدي الشكل).

) : ناجم عن الامتصاص الموضعي أو الجهازي للستيرويد القوي Adrenal failureقصور الكظر (
الموضعي. هذه التأثيرات الجانبية تعتمد على نمط الستيرويد المستخدم، مكان ومدة العلاج، مساحة السطح وكمية الستيرويد المطبق.

(51/1)

عدم نزول خصية الطفل الى مكانها الطبيعي بالصفن

) إذا استخدم لأكثر من أسبوعين Dermovateلقد وجد أن 75جم من ستيرويد القوي مثل الكوبيتازول(
فإنه قد يؤدي إلى بعض هذه التأثيرات الجانبية، ولهذا يجب التنبيه وشرح تلك الآثار للمريض أو عائلته بأنه عندما توصف الستيرويدات موضعياً للوليد والأطفال فإن هناك بعض المخاطر التي قد تنجم عن سوء استعمال هذه المستحضرات.

الشكل رقم 17: مضاعفات الكورتيزون (طفح جلدي مع وجه البدر)

الشكل رقم 16: مضاعفات الكورتيزون (طفح جلدي مع وجه البدر)

الشكل رقم 18: مضاعفات الكورتيزون الموضعية (نقص التصبغ وحبوب مثل حبوب الشباب)

إن كثيراً ما نرى بعض الأشخاص الأصحاء خاصة النساء بدون أي اندفاع جلدي يستعملون
) لمدة طويلة اعتقاداً بأن الستيرويد قد يسبب بياضاً في Colbetasol, Dermovate ointmentالـــ(
ملامحهن السوداء ويكون نتيجة ذلك المضاعفات الخطرة وتشويه بدلا من تجميل البشرة كما يظنون.

الشكل رقم 19: مضاعفات الكوريتزون الموضعية

أفضل ما يستخدم الستيروئيد مرتين يومياً موضعياً ولمدة قصيرة، ومن الحكمة أن نشرح للمريض كم أنبوباً سوف يستخدم والكمية في كل مرة من التطبيق الواحدة والمدة التي يستعمل فيها العلاج، ويجب

الالتزام التام بذلك وعدم استعماله مرة أخرى إلا بعد مشورة الطبيب المعالج.

الشكل رقم 21 :خطوط بالجلد (مضاعفات الكوريتزون)

الشكل رقم 20: طفح يشبه حبوب الشباب (مضاعفات الكوريتزون)

)Systemic steroidsالستيرويدات الجهازية (داخلا

" تحرض على إنتاج الهرمونات القشرية الكظرية Corticotropinو ACTHإن هذه المركبات"

).ACTHهيدروكورتيزون ــ كورتيزون والهرمونات الاندروجية التي تفرز استجابة لتحريض الـــ (

الستيرويدات القشركظرية الطبيعية إما قشرانيات سكرية (جلوكو كورتيكويد) أو اندروجنية.

الكورتيكويدات السكرية مثل الكورتيزون هي مضادة للالتهابات، تؤثر على استقلاب السكريات وهدم البروتينات.

(52/1)

الكورتيكويدات الاندروجنية: وتشمل ديوكسي كورتيكوستيرون والالدوستيرون لها تأثير على السيطرة على

) واحتباس الصوديوم.Electrolytesتوازن الشوارد (

": زيادة هذه المركبات يؤدي إلى:ACTHتأثير "

ــ زيادة طرح 17 هيدروكسي كورتيكوستيرويد.

ــ زيادة التصبغات.

ــ ارتفاع التوتر الشرياني ــ احتباس الصوديوم ــ وذمة ــ ضياع البوتاسيوم.

ــ انخفاض الكوليسترول.

المركبات التى تؤخذ عن طريق الفم أفضل امتصاصاً من قبل القناة المعدية المعوية.

المركبات الخلالية: (تعطى حقنا).

بعض الأطباء يفضلون حقن الستيرويدات بسبب:

ــ سهولة الإعطاء.

ــ يمكن السيطرة على الجرعات.

ــ ذات تأثيرات جانبية أقل من المستحضرات الفموية.

بعض أنواع الستيرويدات القشرية الفموية

الستيرويدات تختلف حسب قوتها:

كورتيزون 25 ملغ = برد ينزون 5 ملغ = ديكاميثازون 0.75 ملغ = تريام سينولون 4 ملغ = بيتا ميثازون 0.5 ملغ.

الستيرويدات المفلورة وهي مضاد التهاب قوية وذات تأثير قليل على الشوارد.

0.5 ملغ).Celestoneبيتا ميثازون أقراص)

ديكسا ميثازون أقراص (0.5 ملغ).

.)4-2mg Medrolميثايل بردنيزولون أقراص)

(أقراص 1ملغ ، 5ملغ.Prednisoneبرد نيزولون)

(أقراص 1.2ملغ و 5 ملغ.Triamcinoloneتريام سينولون)

بعض أنماط الستيرويدات القشرية القابلة للحقن

(تعطى عميقاً عضلياً أسبوعياً أو كل أسبوعين.Kenacort 40mg IMحقن التريام سينولون (

):Depot medrol 40mg IMميثايل بردننيزولون)

يمكن إعطاؤها أسبوعياً، أكثر أماناً وذات تأثيرات جانبية أقل من التريام سينولون.

الكورتيكوستيرويدات القابلة للحقن الموضعي

بعض آفات الجلد سواء كانت مفردة أو متعددة يمكن معالجتها بالحقن الموضعي بالستيرويدات القشرية.

(هي الأكثر شيوعاً.Leddercort / 25mg / 4mlحقن التريام سينولون)

المحاذير:

يمكن حقن المحلول بنفس التركيز المتوفر كما في الحقنة المتوفرة أو يخفف أحياناً بالسيروم الفيزيولوجي وذلك اعتماداً على نمط الآفة المحقونة ومكان الحقن (مناطق الوجه والثنيات تحتاج تركيز أقل).

التراكيز القوية والحقن السطحي قد تسبب ضمور موضعي ونقص تصبغ جلدي موضعي.

أثناء الحقن يجب أن تكون الإبرة المستعملة للحقن غير سطحية ولا عميقة جداً في النسيج الجلدي.

طريقة التطبيق :

اسحب محلول من الفلاكونة حيث أن كمية المادة المسحوبة تعتمد على حجم وعدد الآفات المراد علاجها.

Emla cream,عند الأطفال أو الأشخاص الحساسين جداً نادراً ما يستخدم لديهم مخدرات موضعية (

) قبل تطبيق الستيرويد حقناً في الآفة بحوالي 40دقيقة.ASTRA

تحقن جوانب الآفة من المحيط وفي كل مرة نحاول أن ندخل أعمق قليلاً تحت الآفة.

الحالات التي يمكن حقن الآفة بالستيرويدات القشرية:

).Solitary lesion of hypertrophic lichen planusالآفات المفردة من الحزاز المسطح الضموري (

(.Neurodermatitisالآفات المفردة من التهابات الجلد العصبي)

(.Discoid lupus erythematosusالآفات المفردة من الذئبية الحمامية القربصية(

(.Psoriasisالآفات المفردة من الصداف(

(.Necrobiosis diabeticorumالآفات الجلدية المزمنة التي قد تظهر لدى مرضى داء السكري)

(.Keloidsالجدرات)

الفصل السادس التهابات (انتانات) الجلد الجرثومية

)Bacterial skin infections(

التهابات أو انتانات الجلد إما أن تكون مسبباتها جرثومية أو فطرية أو فيروسية، وبشكل عام فإن تلك الالتهابات تختلف بشكل فيزيولوجي ــ تشريحي – مرضي –حيوي–وكيماوي .

المظاهر التشريحية المرضية للالتهابات

الالتهاب يتلف المؤثر الضار والجراثيم المؤذية.

يوقف فعالية السموم ويحللها.

يخلص المنطقة المصابة من الأجسام الغريبة.

يحاصر المحرضات المستمرة والأنسجة المتأذية التي لا يمكن رفضها.

الالتهاب يؤدي إلى إصلاح أو ترميم: فالالتهاب الحاد يتبعه عادة ترميم سريع وبسيط للجلد، الجلد المعاد ترميمية نادراً ما يستعيد نفس صفاته الفيزيولوجية والنسيجية كما كانت قبل حدوث الالتهاب.

الالتئام: هو شفاء الجروح الناجم عن تمزق الأنسجة الأصلية أو استبدال النسيج المتأثر بعناصر أخرى مثل نسيج ليفي أو ندبي.

إن شدة التغيرات الالتهابية ومدتها قبل الالتآم اللاحق يعتمد على :

نمط العامل المحرض وشدته.

حالة الجلد، حيث يكون الانتان أحياناً أكثر شدة في الجلد المتسمم والمتهتك.

حالة الجهاز المناعي في الجسم.

طبيعة العامل المسبب.

شدة تأثير الالتهاب والدمار الذي يحدثه بالأنسجة.

الالتهابات الجلدية– الانتانات

)SKIN INFECTIONS(

هذا الفصل يلخص معظم انتانات الجلد التي تصيب الرضع والأطفال بشكل خاص.

أنواع الالتهابات الجلدية

)1Bacterial skin infections. ــ الأخماج الجرثومي (

(2Fungal skin infections. ــ الأخماج الفطرية)

)3Viral skin infections. ــ الأخماج الفيروسية (

الجراثيم التي تتعايش طبيعياً على سطح الجلد

)Normal skin flora(

يصبح الجلد مستعمراً بالفلورا منذ الولادة، ويعتمد ذلك على عدة عوامل هي:

العمر: عند الرضع والأطفال تكون المكورات الصغيرة أكثر سيطرة منها عند الكبار. بينما عند البالغين فإن الجراثيم البروبيونية هي أكثر بسبب زيادة شحم الجلد في الأعمار الكبيرة. العقديات والمكورات المعوية تصبح أكثر خاصة في المناطق الرطبة.

: الذكور يحملون أعداداً أكبر من الجراثيم من الإناث.SEXالجنس

: الزنوج أقل حملا للعنقوديات في الأنف من القوقازيين.RACEالعرق

أنواع السلالات المستعمرة:

استعمار منطقة واحدة من الجلد بسلالة واحدة من العنقوديات يمنع الاستعمار بسلالات أخرى.

حالة الجلد: يشكل الجلد حاجزاً ميكانيكياً جافاً في وجه كل العوامل الملوثة على السطح ويزيلها بشكل دائم بوسيلة التقشر.

(55/1)

تتواجد فلورا الجلد الطبيعية أكثر ما يمكن في المناطق الرطبة الحاوية على غدد دهنية بينما الجلد الجاف أقل احتواء على الفلورا الطبيعية.

قد تستوطن عدد هائل من الفلورا الجرثومية الطبيعية وتستعمر الجلد الطبيعي وملحقاته، إما أن تكون تلك فلورا عابرة، وإما أن تغير سلوكها وتصبح مرضية وذلك عندما تصبح الظروف مناسبة مثل أن تضطرب الحالة المناعية أو يتأذى أو يتخرش الجلد، وفي هذه الحالة فإن تلك الجراثيم قد تؤدي إلى الالتهابات الجلدية.

كما أن نفس السلالة من الجراثيم وقدرتها على إحداث الالتهاب يعتمد بشكل رئيسي على:

1. حالة البشرة الجلدية ومفرزاتها.
2. عوامل خلطية وخلوية.
3. التداخل بين العضويات المتوطنة طبيعياً وغيرها.

لا يمكن الاستئصال التام أو إزالة لجراثيم العنقوديات المذهبة إزالة نهائية وقد يمكن التخلص مؤقتاً من تلك الجراثيم عند استعمال المضادات الحيوية.

الفلورا الطبيعية المستوطنة بصفة دائمة على الجلد

)Normal skin flora(

هناك سلالات وأنواع مختلفة من الفلورا تقيم بشكل طبيعي على سطح الجلد بدون أن تحدث أي تأثيرات ضارة في ظروف معينة.

الفلورا الجلدية الدائمة تشمل ما يلي:

ــ مكورات إيجابية الجرام هوائية مثل (العنقوديات ــ المكورات الصغيرة)، عصيات إيجابية الجرام والموتديات الخناقاية.

)Anaerobesاللاهوئيات: (

) تتواجد في الجزء الأعمق من الأجربة الشعرية.Propionobacterium speciesالسلالات البربيونية(

المكورات الهوائية والنحاليات المبوغة والخمائر توجد على سطح الجراب الشعري والغدد الدهنية.

البربيونات المعدية والبربيونات الحبيبية تقيم في الوجه وأعلى الجذع في فتره البلوغ وتلعب دوراً هاماً في ظهور حبوب الشباب.

) تستعمر منطقة الحلق وتشكل هذه حوالي 10% من Streptococcus pyogensالعقديات المقيمة مثل (الفلورا الطبيعة بينما تتواجد في فتحات الأنف بنسبة أقل.

(56/1)

ومن المعروف أن إنتاج المضادات الحيوية الطبيعية من قبل عناصر أخرى من فلورا الحلق قد يساهم في) ولكن الأشخاص الذين يحملون مثل هذه Streptpyogensمقاومة الاستعمار بأنواع من جراثيم العقديات(الجراثيم بصفة مزمنة لا يمكنهم التخلص منها بالمضادات الحيوية.

ملاحظة:

1. ـــ لا يوجد فلورا طبيعية مقيمة عادة في الغدد العرقية.

2. ـــ الفلورا الجلدية الطبيعية لها دور محتمل في الآلية الدفاعية ضد الانتانات الجرثومية. البربيونات الغدية هي مكورات إيجابية الجرام تسبب انشطار في الحموض الدسمة إلى حموض حرة وغليسريدات ثلاثية. مما يسبب تخريش جلدي والتهاب كما هو ملاحظ في العد أو حبوب الشباب.

الحامضية لا تشكل عاملاً فعالاً في الآلية الدفاعية ضد حدوث 3pH. ـــ الزهم (الدهن) لوحده أو الـــ الالتهابات كما كان معروفاً سابقاً.

4. ـــ بعض سلالات الفلورا الجلدية الطبيعية قد تنتج صادات حيوية قادرة على تثبيط العضويات الصغيرة الأخرى.

) قد يزيل الفلورا Muperacin, Bactroban 5. ـــ الكريمات الموضعية من المضادات الحيوية مثل (الدائمة من الأنف والثنيات لمدة 6 شهور إذا طبقت يومياً لمدة أسبوع.

التهابات الجلد الجرثومية بالأطفال(انتانات)

)Bacterial skin infections(

التهابات الجلد الجرثومية شائعة جداً خلال فترة الطفولة وقد يكون سبب ذلك يعود بدرجة كبيرة إلى تغيرات في السلوك الثقافي والاجتماعي، إذ أن معظم الأمهات في هذه الأيام يعتمدن على الخادمات أو المرضعات للعناية بأطفالهن الرضع مما قد يؤدي إلى تعرضهم بدرجة أكثر إلى الانتانات وإلى الأمراض الجلدية المتنوعة.

(57/1)

يتعرض الأطفال في سن المدرسة والأطفال الصغار أكثر إلى الانتانات الجرثومية خاصة المعدية (السارية) منها ولا سيما الطفيليات وبالإضافة إلى استعدادات للخمج في بعض الحالات التي لاتتوفر لديهم الحد الأدنى من الرعاية الصحية ـــ النظافة ـــ الفقر وسوء التغذية. ورغم ذلك فإن مثل تلك الالتهابات تحدث في أشخاص أصحاء يتمتعون بمستوى صحي ومعيشي جيد.

العقديات التي تصل من أشخاص أصحاء خارج وقت انتشار الأوبئة عادة غير معدية ولا تسبب التهابات ولكن قد ينتشر الوباء من المريض مباشرة أو بواسطة أدوات المريض وغبار الغرفة قد تكون سبباً مهماً في نقل المرض.

الحشرات العاضة (اللاذعة) قد تنقل المرض ولكن بالإضافة إلى الحشرات غير العاضة فإن الذباب يمكن أن يساهم في الانتشار السريع للانتانات الجرثومية.

الدمل العارض

FURUNCULOSIS

التهاب الجراب الشعري :

هو التهاب حاد ومحدود الحواف يصيب الأجربة الشعرية وتسببه العنقوديات حيث تميل عادة للتقيح.

الالتهاب قد يكون متكرراً أو مفرداً خاصة في مناطق بين الفخذين وفي التجويف الأن

في وبفروة الرأس ومجرى السمع الظاهر. كما قد يصاحب ذلك أعراض بنيوية عامة خاصة عند الوليد والطفل.

عادة يبدأ الدمل حول الجراب الشعري خاصة إذا كان ذلك مسبوقاً بالتمزق للمنطقة المصابة أو التخريش للجلد نتيجة الاحتكاك الزائد أو الضغط أو التعرق الشديد.

الشكل رقم 23: الدمل العارض

طرق المعالجة

الوسائل العامة:

وسائل الوقاية مهمة جداً خاصة لمنع تكرار الانتان من البؤرة الأنفية، أو العدوى الذاتية أو من المناطق التناسلية أو الثنيات. وهذا يمكن تجنبه بما يلي:

تجنب عصر أو تخريش أو رض الآفة.

علاج المناطق التي تتركز فيها الجراثيم المسببة والبؤرة الأولية مثل فتحات الأنف.

) الذي يطبق مرتين يومياً في فتحتي الأنف Muperacin creamمضادات الجراثيم موضعياً مثل كريم (
لمدة أسبوع فإنه سيقضي على الجراثيم المستعمرة لمدة 6 شهور.

(58/1)

" قد يكون له تأثير جيد.Dial soap أو Cidal soapاستخدام صابون مضاد للانتان مثل: "
تجنب فرط التعرق أو التغطية الكاتمة للمناطق خاصة منطقة الفخذين.
الاعتناء بالنظافة بطريقة سليمة حاصة لثنايا الجلد عند الولدان والأطفال الصغار بالتهوية المتكررة وتغير الحفائظ بشكل متكرر.
غسل اليدين خاصة بعد النف واستخدام ورق المناديل الناعمة غير المعطرة لتنظيف الأنف.
الاعتناء بالأذنين والأنف مهم جداً ويجب عدم إهماله.
يجب استخدام الألبسة الداخلية القطنية وتغييرها دورياً إذا أمكن ذلك.
الوسائل النوعية
) الدافئ يمكن تطبيقها على التهاب الأجربة Normal saline ــ الكمادات: كمادات المصل الفيزيولوجي(الحادة والشديدة.
).Bactroban cream , Garamycine cream or Fucidine ــ صادات حيوية موضعياً: مثل كريم (
)كريم مرة يومياً فعال جداً وقد يعطي لوحدة إذا كان الأنتان خفيفاً أو بالمشاركة مع Bactropan cream(مضادات حيوية فموياً.
) فموياً وموضعياً يؤدي عادة إلى الشفاء السريع للآفة.Antibiotics ــ الصادات الحيوية (
الصادات فموياً مثل (الفلوكساسللين ــ سفالوسبورين ــ سيفالوريدين) فعال في انتانات النسج الرخوة.
الارثيروسين غير فعال في كل سلالات العنقوديات، السلفا هي الدواء البديل الثاني للمريض المتحسسين للصادات من المجموعات الأخرى.
ملاحظة :
من المهم جدا أن لا نعصر أو نشق الدمل عندما يكون ملتهباً بشدة أو موجوداً في المثلث الخطر في (الوجه) المنطقة الواقعة بين أعلى الأنف وأسفل الشفة السفلى.
إذا ما أصبح الدمل ليناً موضعياً وأظهر تموجاً صريحاً. فإنه يمكن إجراء الشق والتفجير وتنظيفه وعمل

الضماد اللازم.

داء الدمامل

Carbunculosis

)، قد يكون ذلك مصاحباً أو نتيجة لبعض Staph aureusالتهاب محدود ناجم عن العنقوديات المذهبة (
الأمراض مثل السكري أو الحالات الأخرى التي تنقص مقاومة الجسم.

(59/1)

هذا النوع من الالتهاب يتألف من عدد من الدمامل مرتبطة مع بعضها في النسيج تحت الجلد وعندما تتمزق تبدي عدة فتحات على سطح الجلد إذ أن القيح والتعفن يتواجد بمكان أعمق من مكان الدمل الظاهر.

المظاهر السريرية للالتهاب:

هذا النوع من الالتهابات عادة ما يكون مفرداً وأكثر أماكن تواجده يكون على الظهر وجانب العنق وفي الأماكن المكسوة بالشعر.

يظهر بصورة احمرار مؤلم بالمنطقة المصابة ومن ثم يتجمع الالتهاب ويفتح على سطح الجلد حيث يخرج بعد ذلك القيح، يترك قرحة ذات حواف عالية غير منتظمة حيث تشفى بالتندب تاركة أثراً مكان الإصابة.

أنواع الدمامل:

1. ــ النوع السطحي: شائع ويتميز باحمرار الجلد وظهور عدة فتحات على سطحه وهو عادة لا يخلف أي تكهف عميق.

2. ــ الشكل العميق:

يتميز بما يلي :

ــ الآفة الجلدية مكنزة وثابتة وتشبه الورم الخبيث.

ــ يخلف كهفاً عميقاً بعد الشفاء والتقشر.

ــ الشفاء بالتندب: يحدث تليف بعد اندماله ولذلك تظهر ندبات بعد الالتآم.

العوامل المهيئة :

نقص مناعة المريض.

تخريش أو كدمات بسيطة لنسيج سطح الجلد.

لدغ الحشرات.

الداء السكري.

نقص غلوبولينات الدم (Hypoglobulinemia.)

طرق العلاج:

نفس المعالجة المطبقة في الدمل الشائع.

التهاب الأجربة القشرية

Folliculitis

هو أنتان جرثومي في جراب الشعر ينشأ عند الرضع والأطفال الصغار، حيث أن الفروة هي المكان الأكثر إصابة بينما عند الكبار فإن أي مكان مشعر قد يصاب. هذا النوع من الالتهابات إما أن يكون سطحياً أو عميقاً يؤثر على الأنسجة السفلية والزوائد الجلدية.

الشكل رقم 24: التهاب الأجربه

الشكل رقم 25: التهاب الأجربة والدمامل

التهاب الأجربة الشعرية السطحي :

" يصيب الأشخاص Bockhart impetigoهذا النمط معروف أيضاُ باسم «قوباء أو حصف بوكارت" اللذين ينقصهم الاهتمام بالنظافة بالإضافة إلى عوامل تؤدي إلى التعطين أو الرطوبة الملازمة والمزمنة للجلد.

تبدأ الآفة بشكل بثرة صغيرة وعندما تتمزق فإنها تنتج مفرزات صفراء.

التهاب الأجربة العميق:

تنتشر الآفة عميقاً داخل الأجربة الشعرية ويسبب ذلك التهاب ما حول الأجربة الشعرية والحالة قد تكون إصابة واسعة خاصة على منطقة الفروة عند الرضع والأطفال الصغار.

ترتشح الالتهابات عميقاً إلى المناطق العميقة من الجلد مسببة ارتكاس حبيبي وآفات متقشرة متقوبئة وتندب في المنطقة المصابة وحدوث الثعلبة (الحاصة) نتيجة لضمور وندبات الأجربة الشعرية. ويعرف ذلك باسم "Folliculitis Decalvans.«التهاب أجربة ديكالفان» "

الشكل رقم 26: التهاب الأجربة والدمامل

الحصف الجلدي (القوباء)

IMPETIGO

هي أنتانات جلد جرثومية سطحية أكثر شيوعاً عند الأطفال وتسببه العنقوديات وبدرجة أقل العقديات المقيمة.

الحصف الجلدي المعدي

IMPETIGO CONTAGIOSA

هناك عدة عوامل تهيء للإصابة بهذا النوع من الالتهابات مثل:

الأمراض التي تؤدي إلى نقص مقاومة ومناعة الجسم.

سوء التغذية.

الرض الخفيف على الجلد.

لدغ الحشرات.

آفات الجلد السحجية.

العناية الصحية السيئة.

قد يتواجد الحصف الجلدي مع بعض الأمراض الجلدية مثل القمال والجرب والاندفاعات الاكزيمية.

الشكل رقم 27: الحصف الجلدي

الشكل رقم 28: الحصف الجلدي

المظاهر السريرية:

تبدأ عادة على الوجه أو على مناطق أخرى بشكل لطاخة محمرة وتصبح حالاً حويصلة وبثرة ذات سطح ناعم ورقيق حيث يتمزق بعد ذلك سطح الجلد أعلى الالتهاب ويكون سطح المنطقة مغطى بالقشور. عندما تصبح الآفة جافة فإن نزع القشرة يخلف سطح ناز أحمر رطب. ومن المهم ملاحظة أن هذه القشور تشكل مصدراً رئيسياً للعدوى بواسطة الظفر أو الأدوات المستخدمة من قبل المريض مثل الملابس والفوط أو لباس الرأس.

الحصف الجلدي معدي بدرجة كبيرة خاصة عند الرضع وهذا يفسر كيفية ظهور الالتهاب قرب المكان الرئيسي للإصابة أو مناطق أخرى ناجمة عن العدوى الذاتية.

عدد كبير من الآفات قد تغطي مساحات واسعة مثل الجذع والأطراف التي تصبح مغطاة بعدد من القشور السميكة والمتسخة وفي الحالات الشديدة قد يتحور شكل الالتهاب ويظهر مثل تقرح نابت عميق.

قد تحدث تغيرات شكلية كثيرة خلال سير المرض، بعض المناطق قد تظهر شفاء مركزي بينما تتمدد الآفات إلى المحيط وتتحد مع بعضها البعض لتشكل أشكالا مختلفة: حلقية، دائرية أو مفصصة الحواف.

الآفات عادة تشفى بدون ضمور أو تندب.

الحصف الجلدي الفقاعي

(Bullous impetigo)

هذا النوع من الحصف الجلدي تسببه العنقوديات بينما القوباء أو الحصف الغير فقاعية قد تنجم عن العنقوديات المذهبة أو العقديات أو كلاهما معاً.

المرض عادة فردي ولكن تجمعات من الحالات قد تحدث في العائلة الواحدة والجماعات الأخرى من المعاهد والحواضن.

الحصف الفقاعي يحدث في كل الأعمار، خاصة الأطفال حديثي الولادة حيث تنتشر بسرعة وكانت تسمى (Pemphigus neonatarum. الفقاعة الوليدية)

السحجات أو الكدمات الصغيرة وآفات جلدية متنوعة قد تهيء للإصابة بالمرض خاصة إذا كان المريض على تماس مع فصائل الجراثيم العنقودية، وقد لوحظت زيادة معدل الإصابة بالحصف الجلدي لدى عمال المشافي نتيجة العدوى المباشرة بتلك الجراثيم.

المظاهر السريرية للحصف الفقاعي:

يظهر المرض على شكل لطاخة مؤلمة على قاعدة حمامية تتحول قريباً إلى حويصلة أو فقاعة ثم إلى بثرة يخرج منها مفرزات لتشكل قشرة التهابية سميكة التي قد تسبب خمجاً أو التهاباً ذاتياً خاصة بواسطة الأصابع إلى الجلد المجاور أو أي مناطق أخرى من الجسم.

عندما تكون الفقاعة هي المظهر المسيطر فإن الآفة تسمى الحصف الفقاعي.

هناك نوع من الحصف الفقاعي تسمى «الفقاعة الوليدية» التي قد تحدث في الأسبوع الأول من الولادة. إذ أن هذا النوع قد يسبب العدوى لجناح التوليد والممرضات بالمراكز الطبية والرضع وإلى الآخرين.

الحصف الفقاعي قد ترافقه أعراض بنيوية شديدة مثل الحمى، الإسهال بلون أخضر، ذات الرئة والتهاب الكلية.

عندما تصبح الفقاعة أكبر تتمزق مخلفة ورائها مناطق جلدية متسلخة حيث أنها تشمل مناطق شاسعة من الجلد مهددة بذلك حياة الطفل.

الخمج قد ينتقل أيضاً عبر أدوات المريض مثل الشراشف التي يستخدمها المريض والأغطية وغيرها أو بشكل مباشر بالتماس مع المريض. أكثر الأماكن إصابة هي الوجه ــ التجويف الأنفي ــ الشفاه وفروة الرأس.

مضاعفات الحصف الفقاعي

1. ــ التهاب الكلية نتيجة الجراثيم العقديات، وهي مضاعفات تحدث بسبب المكورات العقدية ويصاحبها تورم واذمة بالوجه والأطراف وظهور دم بالبول، شح البول بالإضافة إلى أعراض عامة مثل الحمى والإسهال.

(قد 2Beta-hemolytic sterptococci. ــ التهاب الكلية: الحصف الناجم عن العقديات الحالة للدم (يصاحبها التهاب حاد بالكليتين في حوالي 2% من الأطفال المصابين.

(، هي مشكلة جلدية خطيرة تنجم عن الذيفانات 3Scalded skin syndrome. ــ تناذر الجلد السمطي (وسموم الجراثيم العنقودية المذهبة مسببة تلفاً في البشرة حيث تصبح رخوة ومتقشرة مخلفة ورائها سطح جلد متسلخ على مناطق واسعة من الجلد.

الحصف الوليدي

Impetigo neonatrum

هو مرض شديد العدوى والسرايان عند الولدان ويشكل مشكلة حقيقية في قسم المواليد ويظهر عادة ما بين اليوم السابع والعاشر بعد الولادة. ينجم ذلك من العنقوديات المذهبة. قد يصاحب هذا النوع من الحصف (وقد يحدث Staphylococcal scalded syndromالفقاعي عند الوليد التهاب الجلد السمطي العنقودي (ذلك عند الأطفال بسبب انتقال الانتان في الحاضنة خاصة عبر الطاقم الطبي.

المظاهر السريرية

هي مشكلة خطيرة خاصة أثناء الجوائح في قسم الولدان إذ أن معدل الوفيات عالٍ في حالة الإهمال أو حتى في حالات المعالجة.

الأماكن الأكثر إصابة هي الوجه، العجان، حول السرة، الجذع والأطراف.

المظاهر العامة للأعراض البنيوية شائعة

وتشمل: حمى ــ إسهال مدمي ــ خراج رئوي، التهاب السحايا وكلها اختلاطات خطيرة وقد تكون قاتلة.

المظاهر الجلدية

يبدأ المرض في الأسبوع الأول أو الثاني من الحياة بظهور فقاعات على أي جزء من الجسم خاصة على الوجه والأطراف.

وتظهر تلك بشكل سريع حيث تظهر فقاعات ذات جدار رقيق ويحيط بها هالة حمراء ويصبح محتواها عكر أو سائل بثري. وبعد تمزق الفقاعة فإنها تخلف سطح نازفاً متقشراً ومتآكل تخرج منه الإفرازات.

هذه الحالة قد تكون موضعية أو تصبح منتشرة على مناطق واسعة من الجلد.

التشخيص التفريقي:

1. ــ الفقاع الشائع: الفقاعات تظهر على جلد سليم، بالإضافة إلى أن تجربة «نيكولوسكي» تكون إيجابية.

2. ــ الإفرنجي (الزهري) الخلقي: الآفات الفقاعية على الراحتين والأخمصين مع وجود مظاهر أخرى للزهري قد تساعد في التشخيص التفريقي. والتأكد يكون بالاختبارات المصلية للإفرنجي (الزهري).

طرق معالجة الحصف الجلدي:

الوقاية:

مهمة جداً لمنع الانتان الذاتي وانتشار الخمج إلى الآخرين، إن العناية الخاصة والاحتياطات الخاصة في الولدان مهمة لمنع انتشار الانتان.

المعالجة النوعية:

تنشيف الفتحة بواسطة برمنجات البوتاسيوم بتركيز 9000/1 بشكل كمادات رطبة مع تطبيق مضادات حيوية موضعية بشكل كريم مثل (Bactroban ,Muperacin.)

الصادات الحيوية فموياً مثل الفلوكساسلين، اموكسي سللين، سيفالوسبورين، سيفاكلور (Zithromax;

zithromycin.) كلها فعالة في شفاء الآفة الجلدية خلال وقت قصير

الحالات التي تعالج في المشافي ذات تأثيرات واختلاطات شديدة ويجب عزلها وأخذ كل الاحتياطات لمنع انتشار الخمج إلى الآخرين.

تناذر التهاب الجلد السطحي ا لعنقودي

(Staphylococcal scalded skin syndrome)

هو أنتان جلدي جرثومي حاد نادر الحدوث عند الأطفال خاصة أولئك اللذين يعتمدون على الرضاعة الطبيعية من الثدي.

(64/1)

ينجم المرض نتيجة للسموم الصادرة عن بعض سلالات العنقوديات المذهبية (Staph.aureus ,phage 11).

وقد تصل الجراثيم إلى الجلد عبر الدورة الدموية من بؤرة أنتانية بعيدة وعادة تكون في الأذن الوسطى أو البلعوم أو الملتحمة أو موضع الختان أو إصلاح فتق.

المظاهر العامة:

حمى مفاجئة ويبدو الطفل المصاب في حالة إعياء.

ولكن الشفاء عادة ما يكون سريعاً حتى بدون معالجة بالصادات الحيوية ولكن قد يكون معدل الوفيات عالياً في بعض البلدان غير المتطورة.

المظاهر الجلدية:

العلامة الأولى للمرض هو الاندفاع القرمزي الشكل الأحمر البرتقالي اللون اللطاخي المسطح ويحدث مترافقاً مع التهاب قيحي لملتحمة العين أو انتان والتهابات بالمجاري التنفسية العلوية. أكثر الأماكن المعرضة للإصابة هي الجزء المركزي من الوجه، الإبط والخاصرتين.

الآلام الجلدية هي مظهر باكر وهي من المظاهر المهمة التي قد تساعد على التشخيص المبكر للمرض، ووجود القشور الحصفية حول الأنف والفم هو صفة مميزة كذلك.

يصبح الاندفاع عادة أكثر حدة، وخلال 24 ـــ 48 ساعة يتحول الالتهاب على شكل حمامي عميق وأكثر توسعاً مع انتفاخ وأوذمة ومن ثم يصبح سطح الجلد منكمشاً قبل البدء بانفصال الجلد المتسلخ مخلفاً انقلاعات وتقرحات حمراء .

التشخيص التفريقي:

1.Toxic epidermal necrolysis:) ـــ إنحلال البشرة النخري السمي)

يتشابه هذا المرض في الكثير من الأعراض والصفات مع تناذر الجلد السمطي (Staphylococcal

) حيث أن كلاهما متشابهان سريرياً لكن الأخير أكثر مضاعفات وخطورة scalded skin syndrome من المرض الأول رغم أنهما في الماضي كانا يعتبران نفس المرض إلا أنهما يعتبران الآن بأنهما مختلفان ولكل خواصه المميزة.

(:2Drug reaction. ــ الاندفاع الدوائي(

القصة السابقة للأدوية المتناولة، والمظاهر الجهازية مثل الحمى وتحديد البوئر الانتانية قد يفيد في التشخيص التفريقي .

(65/1)

(:3Bullous impetigo. ــ الحصف الفقاعي(

ظهور التسمط وتسلخات بالجلد قد يساعد في تمييز المرض.

(:4Erythroderma. ــ الحمامي عند الطفل(

البدء السريع مع الألم الجلدي الشديد تميز المرض عن الحمامى عند الرضع.

(:5Bullous diseases. ــ الأمراض الفقاعية(

إن ندرة المرض الفقاعي في هذه الأعمار المبكرة والمظاهر السريرية يمكن أن تحسم التشخيص.

طرق المعالجة:

(Systemic antibioticsالصادات الحيوية داخل)

يجب إجراء زرع وتحسس لتحديد الصادات الحيوية المناسبة والأكثر فعالية مثل البنسلين المقاوم" للبنسلينيز" ومشابهته مثل "الفلوكلوكسا سللين أو الميثي سللين أو السفالوسبورين " الملائم أو الفوسيدات كلها فعالة.

إذا كانت الهجمة حادة، فإن الدواء يجب إعطاؤه وريدياً في البدء.

) داخلاً هي مضاد استطباب مطلق، وقد تؤدي إلى تفاقم المرض Corticosteroidsالستيرويدات القشرية(وانتشاره لذلك يجب الحذر من استعمالها في هذه الحالات.

كما يجب الانتباه الخاص من أجل عدم فقدان السوائل من الجسم حتى لا يحدث جفاف للطفل وبالتالي قد يؤدي ذلك إلى تفاقم المشكلة وزيادة المضاعفات.

العلاج الموضعي للآفات :

حمامات ومغاطس مضادات الانتان مثل 9000/1 برمنجنات البوتاسيوم.

كريمات الصادات الحيوية تطبق بعد تجفيف الآفات بواسطة الشاش النظيف الذي يغمس في سائل البرمنجنات ويكمد به المنطقة الملتهبة.

يجب فتح الفقاعات وتفجيرها بعد تنظيف المنطقة ويمكن وضع ضماد وصادات حيوية"كريم":

)Bactroban , Fucidine, Garamycine.(...

ملاحظات :

يجب ملاحظة أن المرض معدي، لذلك كل الضمادات والمواد الأخرى الداخلية في التماس مع الآفة يجب أن تحرق بعد الاستعمال. والطاقم الطبي ومساعديه يجب جميعهم الانتباه والحذر من أن ينتقل إليهم الخمج.

الخراجات

Abscess

هو انتان جلدي محدد يترافق مع تخرب نسيجي موضعي.

الشكل رقم 29: خراج

الشكل رقم30: خراج

المظاهر السريرية:

تختلف المظاهر السريرية حسب العضويات المسببة والمكان المصاب. الخراج الجرثومي قد يصيب الجلد والأعضاء الحشوية.

خراج الجلد والنسيج تحت الجلد قد يصيب الآلية، الابط، الفروة، أو أي ناحية من الجلد حيث تبدأ الآفة بشكل حطاطة حمامية ملتهبة تتحول بعد ذلك إلى حويصلة ومن ثم إلى بثرة.

الخراج عادة ذو محفظة وهذا يفرقه عن الانتانات الجلد السطحية الأخرى مثل التهاب النسيج الخلوي، ويكون الخراج فتحة على سطح الجلد وتنزح قيحاً.

الأعراض البنيوية العامة مثل الحرارة، الصداع. الزوفان والألم إذ قد تختلف شدة تلك الأعراض حسب حجم ومكان وعمر المريض أو أي مرض مرافق.

قد يتكون الخراج موضعياً في الرئة أو الكبد أو أي مكان، وتختلف الأعراض المرافقة حسب الموقع

المصاب.

الأنواع المختلفة للخراجات

1. ــ الخراج الجرثومي.

2. ــ الخراج البارد: يحدث مع التدرن الجنبي.

3. ــ الخراج المعقم:

هذا النمط من الخراجات يصيب عادة الناحية الأليوية بسبب حقن بعض المواد عضلياً مثل المستحضرات الزيتية التي توضع تحت الجلد محدثة خراجاً معقماً وليس جرثومياً وذلك بسبب الحقن السطحي للمواد أو الحقن بطريقة خاطئة.

4. ــ خراجات الأحشاء :

هذه الأنماط من الخراجات قد تكون جرثومية أو أميبية أو فطرية. الخراج الذي يسبب أعراضاً وعلامات مختلفة قد يكون كبدي أو كلوي أو رئوي.

طرق المعالجة:

تعتمد معالجة الخراج بشكل رئيسي على نوع الجرثومة المسببة له. الخراج الجرثومي يمكن معالجته بالصادات الحيوية داخلاً وخارجاً وفتح وتفجير الخراج عندما يكون محدداً في الجلد.

الأنماط الأخرى تعالج حسب العامل المسبب.

التهاب النسيج الخلوي

Cellulitis

هو أنتان أو التهاب منتشر في الجلد والنسيج تحت الجلد وينجم عن العنقوديات المذهبة والعقديات المقيحة أو المكورات المعدية. العامل المهيىء لمثل تلك الالتهابات عادة هو رض الجلد.

الشكل رقم 31: التهاب النسيج الخلوي

(67/1)

الشكل رقم 32: التهاب النسيج الخلوي

أعراض المرض

أكثر الأماكن عرضة للإصابة هي منطقة الوجه والأطراف، حيث يظهر الجلد أحمر اللون وملتهباً

ومتورماً ومؤلماً. الالتهاب قد ينتشر وينتقل إلى الأدمة وإلى النسيج ما تحت الجلد وقد يؤدي ذلك إلى التقرح والتهاب الأوعية اللمفاوية والتهاب العقد اللمفاوية. الحالات الشديدة من الالتهاب تصاحبه أعراض عامة مثل ارتفاع في درجة الحرارة وآلام بالجسم.

التهاب النسيج تحت الجلد في الوجه عند الأطفال يحدث بسبب محبات الدم الانفلونزية (Hemophilus influenza.(

وهو عادة وحيد الجانب ويترافق غالباً مع التهاب الأذن الوسطى في نفس الجانب ويشكو المريض عادة من أعراض عامة مع تورم وتغير لون المنطقة المصابة. يظهر ذلك أحياناً باللون الزهري ولكن بشكل عام يكون أزرق أرجواني، أما اللون البنفسجي قد يحدث عند الأطفال في منطقة ما حول الحجاج والشدق بسبب التهاب النسيج الخلوي بالعقديات الرئوية.

طرق المعالجة:

الحالات الشديدة من الانتان المنتشر المترافق مع أعراض بنيوية شديدة قد يحتاج إلى استشفاء خاصة إذا لم يكن هناك استجابة للعلاج.

الحمرة

)Erysipelas(

هي أنتان أو التهاب جرثومي جلدي والنسيج ما تحت الجلد ويحدث ذلك بسبب العقديات الحالة للدم بيتا)، الأماكن الأكثر إصابة هي الوجه والأطراف.B-hemolytic streptococci(

الأعراض:

الأعراض البادية:

ارتفاع بدرجة الحرارة ــ قشعريرة ــ صداع والقيء مع ألم في المفاصل عادة تسبق ظهور الآفة.

المظاهر الجلدية:

عادة تسبق الانتان حدوث رض الجلد أو تقرح أو جرح بسيط أو بعد إجراء اللقاح للطفل. كما أن الربط غير نظيف للحبل السري قد يحرض ويسمح للعقديات المسببة بالدخول ويحدث آفة جلدية عند الوليد في المرحلة الباكرة إذ تكون الآفة حمامية حمراء.حارة ومتورمة، وأخيراً تصبح قاسية.

الشكل رقم 33: الحمرة

تظهر الآفات بشكل ذات حواف واضحة ومحددة الجوانب والأطراف ويكون لونها أحمر، والجلد حار نتيجة الالتهابات بينما ينتشر الالتهاب بسرعة نحو الجوانب ويصبح الجلد شاحباً في المركز .

تختلف الآفات من الحمامى الخفيفة إلى التهاب الشديد والتحوصل والتقشر.

المظاهر العامة:

تخريب الأحشاء الناجم عن سموم الذيفانات الجرثومية في الحالات الشديدة.

تجلط بالأوعية الدموية (الصمة الوعائية).

التهاب خطير في الأعضاء الداخلية مثل السحايا، الجنب، البريتون وأغشيه المفاصل.

)وذات الرئة والتهاب القصبات الهوائية قد تكون مميته خاصة في الأعمار Septicemiaأنتان الدم (الصغيرة.

التشخيص التفريقي:

يجب تفريق الحميراء عن :

1. ـــ أنتانات الجلد الجرثومية الأخرى مثل التهاب النسيج الخلوي.

في الحميراء تكون حافة الآفة واضحة جداً ومرتفعة، التجمعات شائعة وقد يكون هناك نزف سطحي ضمن الفاليل أو الجلد المتمزق خاصة في الكهول وكبار السن.

التهاب النسيج الخلوي منتشر رغم أن بعض الحالات تبدو بكلا النمطين.

التهاب النسيج الخلوي تحت الجلد الشديد قد يبدي فقاعات وقد يترقي إلى نخر أدمي وبشكل غير شائع إلى التهاب صفاق العضلات (اللفافة) ـــ العضلات ـــ التهاب الأوعية اللمفاوية واعتلال العقد اللمفاوية.

بعض الأشخاص لديهم ميل للإصابة بالحميراء المتكررة في الأماكن المصابة سابقاً وقد يؤدي ذلك لتغيرات ثابتة مثل (الفيلية) أو داء الفيل.

وقد يؤدي أيضاً إلى وذمة في الطرف السفلي.

إن التورم المستمر في الشفاه أو الوجنات قد يحدث تشوه في شكل المنطقة المصابة.

الأعراض البنيوية كالحمى والدعث شائعة أيضاً.

2. ـــ الارتكاس الدوائي.

3. ـــ التهاب الجلد بالتماس مع النباتات.

الفصل السابع الانتانات الجلدية بالمتفطرات – تدرن الجلد

Tuberculosis of skin

التدرن الخلقي عند الوليد:

(69/1)

ينجم عن انتقال الانتان داخل الرحم وهو نادر نسبياً، يحتمل أن القناة التناسلية عند الأم هي مصدر الالتهابات.

أنواع تدرن الجلد:

له عدة مظاهر سريرية أو تشريحية مرضية ويعتمد ذلك على مقاومة المريض وعمره.

1. ــ مريض ذو مقاومة جيدة:

الأنواع:

"Lupus vulgaris ــ ذأب شائع "

"Scrofuloderma ــ الخنزرة الجلدية "

"Tuberculosis verrucosus cutis ــ تدرن الجلد الثؤلولي"

"Tuberculids ــ الدرنات "

"Exanthematous lesions ــ آفات طفحية "

"Tuberculosis miliaris disseminatus ــ التدرن الدخني المنتشر"

"Lupus miliaris disseminatus ــ الذأب الدخني المنتشر الوجهي"

"Papulonecrotic tuberculid ــ الدرن الحطاطي النخري "

"Lichen scrofuloderma ــ الخنزرو الحزازية "

2. ــ المرضى المصابون بضعف المناعة والمقاومة:

(Miliary tuberculosisالتدرن الدخني)

(.Primary tuberculosis complexمركب التدرن البدئي (القرحة السلية

الذأب الشائع

الذئبة التدرنية الشائعة

Lupus vulgaris

Fig. 50a Lupus Vulgaris

Fig.50b. Lupus vulgaris

هو النوع الأكثر شيوعاً من التدرن الجلدي. وهو من النوع المدمر للأنسجة حيث يصيب المناطق المعرضة من الجلد مثل الوجه والأطراف.

المظاهر السريرية :

تظهر الآفات البدئية الجلدية بشكل لويحات بنية محمرة ذات مسيرة مزمنة طويلة الأمد حيث تشفى ببطء في منطقة وتعاود الظهور في منطقة أخرى.

تشفى التقرحات مع تندب يؤدي إلى تخرب وتهتك للمنطقة المصابة. العقد تظهر بلون هلام التفاح وفي التنظير الزجاجي يبدو اللون واضحاً تحت الشريحة الزجاجية مثل «هلام التفاح البني المصفر».

التشريح المرضي :

يتميز المرض تشريحياً مرضياً بما يلي:

عقديات خلايا بشرانية محاطة بأكمام من اللمفاويات.

العصيات السلية نادراً ماتوجد في المقطع.

خلايا لانجرهانس توجد عادة.

تجبن مركزي قد يوجد في مركز العقديات.

مركب التدرن الأولي (القرحة السلية)

Primary tuberculosis complex

(70/1)

يشمل هذا النوع من التدرن الجلدي: الجلد والعقد اللمفية خاصة عند الرضع والأطفال الصغار.

طريق دخول العصيات السلية هو الرئة. الأماكن الأشيع إصابة هي الوجه والأطراف وتترافق مع اعتلال عقد لمفية ناحية المناطق المصابة.

المظاهر السريرية :

أكثر الأماكن شيوعاً بالإصابة هي الوجه والأطراف. وتصاب الأغشية المخاطية في حوالي ثلث الحالات.

تبدو الآفات بشكل حطاطة حمراء بنية تصبح في النهاية بشكل عقيدة محمرة أو لطاخة، وهذه الآفات تحتاج عدة شهور لتشفى بينما العقد اللمفية المتضخمة فإنها تستمر فترة أطول وتتقرح.

التشريح المرضي:

استجابة التهابية واضحة مع فرط الكريات البيض عديدة الأشكال النوى والعصيات السلية في الأسبوعين الأولين من الإصابة.

اللمفاويات والخلايا البشرانية (الظهرانية) تظهر متأخرة وتحل محل المعتدلات.

التدرن الدخني

Miliary tuberculosis

هذا الشكل يحدث عادة في الرضع والأطفال الصغار. انتشار المرض يحدث عادة بعد الحصبة والحمى القرمزية والأمراض الطفحية الأخرى.

المظاهر السريرية :

المظاهر الجلدية متنوعة غالباً.

تظهر الآفات بشكل اندفاع حاد معمم من الحطاطات المقممة التي قد تتقرح مشكلة قرحات متعددة صغيرة، هذه القرحات نخرية ـــ صغيرة، دائرية الشكل ومغطاة بنتحة مصلية قيحية.

التدرن الحطاطي النخري

Papulonecrotic tuberculid

Fig.51c .Paapulonecrotic tuberculid (Fresh lesion(

Fig.51d. Paapulonecrotic tuberculid) Fresh lesion(

يحدث غالباً عند الأطفال الصغار والكهول المصابين بتدرن في أي مكان أخر من الجسم، وتعتبر هذه الحالة ارتكاس تحسسي للعصيات الدرنية.

الدرنات تنجم عادة عن الانتشار الدموي للعصيات السلية في مريض ذو مناعة معتدلة أو جيدة لكن البؤرة الخفية من التدرن قد تكون فعالة سريرياً في وقت ظهور الاندفاع، والمريض غالباً يتمتع بصحة جيدة.

المظاهر السريرية :

(71/1)

تبدو الآفات بشكل حطاطات دقيقة الرأس بنية جرابية ثابتة (قاسية) صغيرة وتحدث بشكل متناظر على الأطراف، خاصة السطوح الباسطة والجذع والوجه. قد يتلو ذلك آفات ذات تنخر مركزي منتهية بندبات صغيرة نقطية.

أشنة الجلد الخنازيرة

)Lichen scrofulosorum(

تحدث الآفة فوق الجذع خاصة عند الأطفال المصابين بالتدرن العظمى أو اللمفاوي. يصاب الجلد بحطاطات مفرطة التقرن ذات قمم مسطحة، قاسية ومحاطة ببثرات أو قشور نقطية، تتجمع بشكل مجموعات وذات طبيعة مزمنة.

قد تخضع الآفات للزوال وقد تعود للظهور مرة ثانية.

التدرن الجلدي الثؤلولي

)Tuberculosis verrucosus cutis

Fig.31d. Tuberculosis verrucosus cutis

هذا النوع يحدث عند الكهول والأشخاص ذوي المقاومة العالية الناجمة عن الحقن الخارجي للعصيات الدرئية.

المظاهر السريرية :

تبدو الآفات بشكل رئيسي على الأطراف، على ظهور الأصابع، اليدين، الكاحلين. والأرداف بشكل آفة مفردة حمراء مفرطة التقرن، وتتميز بكونها مزمنة جداً قد يترافق ذلك مع التهاب الأوعية اللمفاوية والتهاب العقد اللمفاوية ونادراً ما يحدث موات (غانغرين) جلدي.

التشخيص التفريقي :

الحزاز المسطح مفرط التقرن (Hypertrophic lichen planus.)

الأمراض الفطرية العميقة: داء الفطار البرعمي (Blastomycosis.)

الجلاد البرومي (Bromoderma.)

الحمامى الجاسية (داء بازن)

)Erythema induratum(

هو التهاب الأوعية الدموية المزمن للشرايين والأوردة ما تحت الجلد ويرافق ذلك نخر شحمي.

وكانت تعتبر هذه الحالة مظهراً من مظاهر تدرن الجلد التي قد تحدثها المتفرطات الدرنية. في الوقت الحاضر يعتبر هذا النوع من الالتهاب الآن نوعاً من التهاب الأوعية الدموية. ويدعم ذلك الاستجابة السريرية والشفاء لتلك الآفات بالستيرويدات القشرية أفضل من الأدوية المضادة للتدرن.

الشكل رقم 52 الحمامة الجاسية

الشكل رقم 53 : الحمامة الجاسية

المظاهر السريرية :

عقديات طرية لينة الملمس تحت الجلد ذات توزع متناظرة على كلا الطرفين السفليين خاصة عند الفتيات الصغيرات، تميل الآفات للشفاء خلال عدة شهور وتعود ثانية للظهور، الجلد المغطى لها يصبح أخيراً كمداً أو مزرقاً مع مركز طري يبدي أخيراً تقرحاً كهفياً غير منتظم. الآفات قد تسبب ألماً قليلاً.

الخنزرة

Scrofuloderma

تحدث عادة عند الأطفال والكهول الصغار أماكن الجلد فوق العقد اللمفاوية الرقبية أو فوق المناطق العظمية.

تحدث الآفة بشكل ثانوي للعقد اللمفاوية المصابة بتدرن خفي حيث تتمزق وتسبب شد مفرط في الجلد مما يؤدي إلى تقرح وتشكل جيوب وقنوات على سطح الجلد.

المظاهر السريرية :

الجلد المغطي للعقد اللمفاوية الملتهبة يصبح محمراً، أرجوانياً يتلوه تقرحاً مع تقشر ويتحول إلى نسيج حبيبي شاحب غير منتظم ينتهي بالتندب.

التدرن الجلدي المخاطي

)Tuberculosis cutis orificialis(

البالغون والأطفال الفاقدون المناعة أو القدرة الكاملة يصابون بهذا النوع من التدرن الذي يترافق عادة مع التدرن الحشوي. تصيب الآفات الأغشية المخاطية للفم والحنك والحنجرة، الأغشية المخاطية للأمعاء والرئة.

المظاهر السريرية:

تبدأ الآفات بقرحات بيضاوية متقشرة سطحية تمتد إلى المناطق المجاورة مع سير مزمن.

التشخيص

هناك عدة أمور ومظاهر خاصة تساعد على تشخيص التدرن الجلدي المخاطي:

1. ـــ كشف العصيات السلية الصفة المؤكدة والحقيقية للتشخيص.

2. ـــ القصة المرضية والعلامات الفيزيائية.

3. ـــ الصورة التشريحية المرضية.

(إيجابي.4Tuberculin test ـــ تفاعل السلين)

.5 ـــ فعالية الأدوية المضادة للتدرن.

معالجة التدرن الجلدي

عدة مناهج تستخدم في معالجة التدرن. استخدام المضادات التدرن لمنع مقاومة العصيات. مدة العلاج طويلة الأمد وقد يستغرق ذلك عدة شهور.

(: 1Isoniazid ,INH. ـــ الايزونيازيد)

(73/1)

جرعة الأطفال: 8 ملغ/كغ/يوم، 450ملغ لأولئك الذين وزنهم أقل من 50كجم. يعطى العلاج يومياً لمدة 6 شهور كاملة وعادة يعطى المريض البالغ: 300ملغ يومياً لمدة 6 شهور كاملة.

((خلال الشهرين الأولين)2Pyrazinamide. ـــ البيرازيناميد)

1.5 غرام يومياً للذين يقل وزنهم عن 50كغ.

1.6 ـــ 2.0 غرام يومياً للذين يوزنون بين 50 ـــ 74كغ.

1.7 ـــ 2.5 غرام يومياً للذين وزنهم أكثر من 75كغ.

(: خلال الشهرين الأولين (الجرعة 15ملغ/كغ/يومياً).3Ethambutol ـــ الثيامبوتول(

هذه الأدوية يجب أن تعطى مع بعضها مضادات التدرن الأخرى تعطى عادة مشاركة مع تلك الأدوية.

نظام أخر (جرعات الكبار) لمعالجة التدرن هي:

ايزونيازيد: 300ملغ، ريفامبيسين: 600ملغ، بيرازيناميد 2غ، وستربتومبين 1غ، أو ايثامبوتول 15ملغ/كغ

.4 مرات يومياً لمدة شهرين ثم يضاف إلى تلك العلاجات واحد مما يلي:

ايزونيازيد: 900ملغ مع ريفامبيين: 600ملغ 4مرات يومياً لمدة 4شهور.

(أو الستربتومايسين.INH) يستخدم فقط بالمشاركة مع الايزونيازايد (PASبارا امينوسالسيليك اسيد)

يجب أخذ جميع الأدوية على معدة فارغة مرة واحدة يومياً.

(BCG vaccinationالتطعيم :)

التطعيم يحضر من العصيات السلية النمط الإنساني لمعالجة التدرن الجلدي مع نتائج مشجعة.

يحمي اللقاح المريض بواسطة حصر الانتشار الدموي الثانوي للعامل المحرض ويحدد الانتان الأولي

).Subclinicalليجعله ذو صفات غير مؤثر وغير قابل للعدوى (

" عند الأطفال من الممكن أن تستمر حتى 15 سنة على الأقل. الأشخاص BCGالفعالية الوقائية للـــ "

المعرضون لخطر العدوى مثل (عمال المشافي ــ المسافرين لمناطق موبوءة) ينصحون باللقاح.

طريقة اللقاح كما يلي:

يجب أن يكون اللقاح جديداً في كل مرة وتعطى الحقنة تحت الأدمة داخل جلد الذراع في المسافة فوق وتر العضلة الدالية في الناحية اليسرى.

يجب استخدام حقنة خاصة مقاس (ا مل) بلاستيكية وذات إبرة قصيرة قياس 25 لكل مريض.

(74/1)

جرعة الأطفال الرضع 0.05 (نصف العشر) مل، والأطفال الكبار يعطى اللقاح بجرعة مضاعفة 0,1 (عشر) مل .

الارتكاس الموضعي يحدث عادة بعد اللقاح بحوالي 2 ــ 6 أسابيع على شكل حطاطة صغيرة قد تتضخم ببطء وتفرز مادة قيحية حيث تترك بعدها قرحة سطحية وندبة.

المراجع

Gracey DR. Tuberculosis in the world today. Mayo Clin Proc 1988; 63: 5–1251

1.

Capewell S, France A, Uzel N et al. The current value of tuberculin testing and

2.

BCG vaccination in children. Br J Dis Chest 1986; 80: 65–254

3.

Rieder HL, Cauthen GM, Kelly GD et al .Tuberculosis in the United States. J

4.

Am Med Assoc 1989; 9–385 :262

5.

Sehgal VN, Srivastava MD, Khurana VK et al. An appraisal of epidemiologic,

6.

clinical, bacteriologic, histopathologic and immunologic parameters in cutaneous

7.

tuberculosis. Int J Dermatol 1987; 6–521 :26

8.

Grosset JH. Present status of chemotherapy for tuberculosis. Rev Infect Dis 1989; 11(Suppl. 2): .34752

9.

Goette DK, Jacobson KW, Doty RD .Primary inoculation tuberculosis of the skin. Arch Dermatol 1979; 9–567 :114

10.

Ramesh V, Misra RS, Jain RK. Secondary tuberculosis of the skin :clinical features and problems in laboratory diagnosis. Int J Dermatol 1987; 81–578 :26

11.

Kennedy C, Knowles GK. Miliary tuberculosis presenting with skin lesions. BrMed J 1975; 3: 356

12.

Duhra P, Grattan CE, Ryatt KS .Lupus vulgaris with numerous tubercle bacilli. Clin Exp Dermatol 1988; 3–31 :13

13.

Ramesh V, Misra RS, Jain RK. Secondary tuberculosis of the skin :clinical features and problems in diagnosis. Int J Dermatol 1987; 81–578 :26

14.

Voyce MA, Hunt AC. Congenital tuberculosis. Arch Dis Child 300–41:299 ;1966

15.

Hassoun PM. Erythema induratum and active pulmonary tuberculosis. Am JMed 1988; 84: 5–784

16.

Grosset JH. Present status of chemotherapy for tuberculosis. Rev Infect Dis1989; 11(Suppl. 52–347 :(2

17.

Sensi P. Approaches to the development of new antituberculosis drugs. Rev Infect Dis 1989; 11(Suppl. 2): 70–467

18.

Maruyama, C :.Studies on treatment of skin tuberculosis with extracts from tubercle bacilli.Jap..J.Derm.(ser. B) 88–74:70(Jan.)1964

19.

)Leprosyالفصل الثامن مرض الجذام (

هو مرض جهازي انتاني مزمن، تحدثه المتفطرات الجذامية.

العوامل المُهيئة:

الأطفال ذو تعرض عالي للانتان.

سوء التغذية.

سوء الحالة الصحية (الصحة العامة).

السكن غير المناسب.

المستوى المتدني للحياة والتربية.

طرق العدوى :

1. ــ مباشرة عن طريق ملامسة الأشخاص المصابين.

2. ــ الانتان من شخص لشخص.

3. ــ التماس مع الآفات الإنتانية المتقرحة.

4. ـــ مفرزات الأغشية المخاطية المخموجة.

5. ـــ الحشرات مثل: الصراصير ـــ البق ـــ الفراش وطفيليات الجلد.

الأنماط السريرية :

1Lepromatous leprosy. (ـــ الجذام الجذاميني)

2Tuberculoid leprosy. (ـــ الجذام الدرني)

3Borderline leprosy. (ـــ الجذام الحدي)

الجذام الجذاميني

)Lepromatous leprosy(

إن تشخيص الجذام يبقى غامضاً إلى أن تبدأ الآفات الجلدية المشخصة بالظهور أو بعدما تتظاهر الصفات المميزة له.

المظاهر الباكرة

تكون الأعراض في البداية متنوعة وليست ذات دلالة محددة تساعد مباشرة على التشخيص.

تبدأ الآفات الثانوية بمظاهر شبيهة للعديد من الأمراض مثل الحمى والألم العضلي والتنميل بالجلد.

المظاهر الجلدية :

(76/1)

هي عبارة عن لطاخات يتبعها لاحقا تنميل وخدران بالجلد وشلل وتغيرات. هذا النمط معدي حيث أن العصيات توجد في العقيدات وإفرازات الأغشية المخاطية المصابة.

المظهر الجلدي الباكر عادة هو لطاخة ناقصة الصباغ مفردة يزاد حجمها تدريجياً وتوجد خاصة على الوجنات ـــ الأطراف العلوية ـــ الأرداف والفخذين.

المظاهر الحسية :

الأعراض التي تظهر مبكراً هي المظاهر الحسية كالتنميل وعدم القدرة على التميز بين حس البرودة والحرارة.

تفاعل الجذامين أو ليبرومين يكون سلبياً.

الأنماط السريرية للجذام الجذاميني :

)1.Macular type: ـــ النمط اللطاخي (

الآفات هي :

لطاخة دهنية لامعة غير محددة الحدود والأطراف ومنتشرة.

ذات توزيع متناظر.

الإحساس غير متغير.

الجلد فوق اللطاخة غالباً ما يكون طبيعياً.

تغيرات الشعر: تساقط في شعر الحاجبين أو الجفون بينما شعر فروة الرأس فلا يعتريه تغيير.

)2.Lepromatous type ـــ الإرتشاح الجذامي (

الآفة الجلدية قد تكون لويحات أو عقيدات منتشرة.

)3.Diffuse type ـــ النمط المنتشر (

الأورام الجذامية (الجذاميات): هي عقيدات ارتشاحية شمعية لماعة ذات سطح حمامي مزرق ناجم عن التحام اللطاخات. المناطق الأكثر إصابة هي:

الوجه والجبهة والارتشاح هو عقيدات ذات حدود غير سليمة عديمة الإحساس قليلاً وغالباً ما تكون خالية من الشعر خاصة على الحواجب والجبهة والأذنين واليدين والأرداف.

التغيرات في الشعر هي ضياع في شعر الحاجبين.

).Lion faceتغيرات المظهر العام (الشكل) تبدي سحنة الأسد (وجه الأسد) (

سير الارتشاح :

قد يزول عفوياً.

قد يزداد حجماً مشكلاً لوحات كبيرة.

(نمط غير شائع من الجذام المنتشر، تبدي Diffuse leprosy of Lucioالجذام المنتشر لـــ لوسي : (

الآفات نخرات متعددة وتقرحات تشفي لاحقاً وتترك ندبة كبيرة جداً.

)4.Ulcerating type : ـــ النمط التقرحي (

القرحة عادة خاملة مغطاة بمنطقة نتحية مصلية قيحية وتشفى تاركة ورائها دمار وتشوهات بالمنطقة المصابة.

):5Lichen leprosus. ـــ الجذام حزازي الشكل (

هو ذو سير سريري مزمن جداً، الآفات تصبح ثابتة بدون تغيرات لفترة طويلة.

الآفات الجلدية هي لطخات قاسية جرابية صغيرة وصفراء اللون ذات حدود واضحة وتعطي الجلد مظهر شكل "جلد الأوزة".

):6Neural involvement. ـــ الإصابة العصبية (

كل المرضى المصابين بالجذام الجذامي يتظاهرون بدرجة مختلفة بإصابة عصبية مثل الخدر، تضخم الأعصاب، تغيرات اغتذائية، ضمور بالعضلات، شلل وضعف وهزال بالعضلات.

التغيرات الحسية :

عدم القدرة على التميز بين حس البرودة وحس الحرارة وقد تكون هذه العلامة الأولى للجذام الجذامي.

خلل حس اللمس.

خدران بالجلد.

ضياع الإحساس بالألم.

التنميل وحرقان والإحساس بالوخز في الناحية المصابة مثل القدمين واليدين والساقين والظهر.

)في القدمين.Trophic ulcersقرحات اغتذائية (

7. ـــ المظاهر العينية للجذم الجذاميني

انقلابات القرنية

التهاب القرنية

تقرحات

الكثافة القرنية تشكل لألئ بيضاء

التهاب القزحية والجسم الهدبي

8. ـــ المظاهر في الأغشية المخاطية:

الأنف: العقيدات والارتشاحات مع التقرحات في الحاجز الأنفي يؤدي إلى الأنف السرجي.

الحبال الصوتية: بحة الصوت.

9. ـــ الأسنان ضياع في القواطع العلوية.

10. ـــ الاحشاء

الكبد ــ الطحال ــ النخاع العظمي ــ الخصيتان ــ العقد اللمفية والجهاز الشبكي البطاني قد تصاب بالمرض.

الجذام السليني

)Tuberculoid leprosy(

هو نمط أقل خطورة حيث أن العصيات الجذامية قليلة وحتى غائبة في الآفات. تفاعل الجذامين إيجابي.

الإصابة العصبية أكثر من الجلد وتسبب الخدر والأعصاب المتسمكة.

وهذا النوع ذو إنذار جيد.

المظاهر السريرية :

الجذام في الطفولة (الجذام الطفلي)

(78/1)

تبدو الآفات بشكل لطاخة حمامية مرتفعة مفردة أو مجموعة من الحطاطات الأبوسية محاطة بهالة ناقصة الصباغ خاصة على المناطق الجلدية المكشوفة.

قد تمر هذه الآفة بدون أن تلاحظ وتزول بعد سنة أو سنتين مخلفة ورائها ندبة صغيرة ناقصة الصباغ.

الجذام في البالغين

يظهر الانتان متاخراً بعد فترة طويلة من التتابع حتى البلوغ.

المظاهر الجلدية:

تبدو بشكل لويحات حمامية كبيرة ذات حواف مهمة ومرتفعة ومركز ضامر مشكلة لويحات قوسية الشكل، حلقية ودائرية عند الشفاء. العصيات أقل وجوداً من تلك الموجودة في الشكل الجذاميتي.

المنطقة فوق الآفات الجلدية تكون جافة وسميكة وخشنة وتشبه جلد الخنزير (pigskin.)

ظهور الخدر في الآفات المترافق مع نقص التصبغ ونقص التعرق واللطخة تكون مخدرة وغالباً ما توجد في الوجه والأطراف.

المظاهر العصبية :

قد تؤدي إصابة الأعصاب إلى:

1. ــ ضخامة العصب وسماكته.

2. ــ الخدر.

3. ــ شلل عضلي: ضمور وضعف بالعضلات.

الدرينات الحدية

)Borderline tuberculoid(

الآفات هي نفس الآفات في الجذام السليني لكنها أصغر وأقل عدداً ولا توجد عصيات الجذام في هذا النمط أو تكون نادرة جداً. هذا النوع غير معدي عادة.

المظاهر الجهازية مثل الإصابة العصبية وإصابة الشعر قليلة جداً.

الجذام السليني الحدي

)Borderline tuberculoid(

الآفات قليلة، وغير متناظرة وتتألف من لويحات ذات شكل مبهم غير منتظم وغير محددة الجوانب. تتبع هذا النوع بالقرب منها آفات صغيرة الحجم. الجلد والأعصاب هما فقط المصابان، وخدران الجلد يكون عادة معتدلاً.

المظاهر السريرية:

آفات الشكل الجذامي الحدي تكون متفرقة وربما تكون لطاخية أو حطاطية أو لوحية.

غياب المظاهر الجذامينية الهامة مثل التهابات القرنية، التقرح والتشوهات.

قد يحدث إصابة بالأعصاب ولكن يكون متأخراً.

الجذام الغير محدد (اللاحدي)

)Indeterminate leprosy (

(79/1)

الآفات الجلدية هي لطاخات يتلوها آفات ضمورية وخالية من الإحساس.

اللويحات أو العقديات لاتحدث في هذا النمط.

التشريح المرضى للجذام :

يظهر النسيج المصاب بارتشاح التهابي مزمن حول الأوعية الدموية، والأعصاب والغدد الجلدية، مع خلايا صغيرة مدورة وأحياناً خلايا من المنسجات ومصورات الليف الشكل.

التغيرات التشريحية المرضية تعتمد على نوع الجذام:

)Lepromatous leprosy.1 ـــ الجذام الجذيمي(

آفات حبيبية تتألف بشكل رئيسي من خلايا (خلايا رغوية) محشوة بالجراثيم العصوية المسببة لمرض الجذام.

ضمور في البشرة و الغدد العرقية.

عصيات مقاومة للحمض منتشرة في المقطع.

)Tuberculoid leprosy.2 ـــ الجذام السليني (

يبدي مقاومة عالية.

الشكل الجرابي: يبدي ورم حبيبي درني في البشرة يتألف من خلايا بشرانية وبعض الخلايا العرطلة)Giant cells.(

الشكل الساركوييدي: يبدو بشكل ورم حبيبي يتألف من خلايا ظهارانية (بشرايين مع لمفاويات).

)Borderline tuberculoid.3 ـــ السليني الحدي (

الصورة النسخية هي منسجات بشكل رئيسي مع خلايا بشرانية وارتشاح لمفاوي كثيف.

بعض العصيات وبعض الخلايا الرغوة.

)Borderline leprosy.4 ـــ الجذام الجذامي الحدي (

ـــ انتشار شديد للخلايا البشرانية خلال الورم الحبيبي.

ـــ عصيات الجذام غزيرة.

ـــ انتشار الخلايا اللمفاوية في المنطقة.

) العملاقة غير موجود بالنسيج.Giant cellsـــ خلايا عرطلة أو الخلايا (

التشخيص التفريقي للجذام :

بعض الكتاب يصفون الجذام بأنه "المقلد الاعظم" أي أنه يعطي صورة تشبه أمراض جلدية مختلفة.

1. ـــ الشكل الجذاميني :

الذاب الشائع.

اللشمانيا.

الشرى.

الفطار الفطراني.

العد الكيسي (حبوب الشباب).

(Erythema chronicum migrans.الحمامى المزمنة المستمرة)

2. ــ الشكل السليني :

الارتكاس الدوائي.

الحمامى عديدة الأشكال.

(Erythema nodosum.الحمامى العقدية (العجرية))

(Erythema induratum.الحمامى الجاسئة)

سعفة الجسم.

(80/1)

الحزاز المسطح.

(Discoid lupus erythematosus.الذئبة الحمامية القريصية)

3. ــ الشكل السليني الحدي:

النخالية البيضاء.

النخالية المبرقشة.

التهاب الجلد الدهني.

(Berloque dermatitis.حساسية العطور)

البلاغرا.

(Lepromin test, Mistuda reactionتفاعل الجذامين: (تفاعل متسودا)

هو اختباري مناعي يشير إلى مقاومة المصاب للمتفطرات الجذامية.

(Lepra reactionالتفاعل الجذامي)

خلال معالجة الجذام هناك تفاعلين قد يحدثا: النوع الأول بسبب منتجات الجراثيم أثناء المعالجة بمركبات السلفونات أو بسبب تطور المناعة.

التفاعل قد يكون :

1. ــ تفاقم حاد للآفات: يحدث عادة خلال الأربع شهور الأولى للمعالجة ويظهر ذلك على شكل تورم واحمرار في الآفات الموجودة.

(: تعتبر التهاب الأوعية التحسسي 2Erythema nodosum leprosum. ــ حمامى عقدة جذامية (
ويظهر بشكل متأخر خاصة بعد 6 شهور من بدء العلاج.

المظاهر السريرية للحمامى العقدة

المظاهر العامة :

حمى، قشعريرة، دعث، ألم عضلي ومفصلي.

مظاهر حشوية.

التهاب الكلية ــ التهاب الخصية ــ ضخامة كبدية وتضخم كبدي طحالي.

علاج الجذام

(هو الدواء المفضل لمعالجة كل أشكال الجذام.1DDS. ــ الدابسون أو (داي امينو ــ دي فنيل سلفون) (

الجرعات : أول أسبوعين 25ملغ مرتين في الأسبوع.

ثاني أسبوعين 50ملغ مرتين في الأسبوع.

ثالث أسبوعين 75ملغ مرتين في الأسبوع.

رابع أسبوعين 100ملغ مرتين في الأسبوع.

1906) جرعة البالغين: 2غ/يوم لمدة سنتين. هذا الدواء قد يكون -2Ciba SU. ــ دي فنييل ثيويوريا(
مفيداً في حالات المقاومة للسلفونات.

(: فعال لمعالجة الجذام السليني.3Madribon. ــ سلفا داي ميثوكسين(

(فعال في معالجة حالات الجذام الارتكاسي. ويوجد تفاعل جذام أقل عند 4Lampreme, Geigy.)
استعمال هذا الدواء ويستخدم في الحالات المقاومة للسلفونات.

علاج الارتكاس الجذامي:

)Lepra reaction(

الحالات الخفيفة :

1. ــ تخفيض الجرعة إلى النصف.

2. ــ مضادات الهيستامين.

3. ــ الأدوية المضادة للملاريا.

4. ــ إذا استمر هذا الارتكاس بعد كل هذه الوسائل، يجب إيقاف الدابسون.

الحالات المعتدلة و الشديدة:

1. ــ ايقاف الدواء.

2. ــ مهدئات.

3. ــ مضادات الملاريا.

4. ــ مضادات الهيستامين.

5. ــ الستيرويدات.

المراجع

Lara CB. Leprosy in children: general considerations; initial and early stages. WPR/LEP/ 24Geneva :WHO, .1961

.1

Kaplan G, Cohn ZA. Regulation of cell mediated immunity in lepromatous leprosy. Lepr Rev 1986; 57: .207–199

.2

Neill MA, Hightower AW, Broome CV. Leprosy in the United States. J Inf Dis 1985; .9–1064 :152

.3

McDougall AC, Archibald GC. Lepromatous leprosy presenting with swelling of the legs. Br Med J 1977; i: .4–23

.4

Duncan ME, Melsom R ,Pearson JMH et al. A clinical and immunological Study of four babies of mothers with lepromatous leprosy, two of whom developed leprosy in infancy. Int J Lepr.17–7 :51 ;1983

.5

Drutz DJ, Chen TSN, Lu W-H. The continuous bacteraemia of lepromatous leprosy. New Engl J Med 1972; 287: .64–159

.6

Dabholkar VR ,Gaitonde BB. A study of autonomic functions in leprosy. Leprosy in India .17–303 :54 ;1982

.7

Bryceson ADM, Pfaltzgraff RF. Leprosy 3rd edn. Edinburgh :Churchill Livingstone, .1990

.8

Pearson JMH. Dapsone resistant leprosy .Lepr Rev 1983; (Special Issue): 85S-89S.

.9

Pedley JC, Harman DJ, Waudby H et al. Leprosy in peripheral nerves: histopathological findings in 119untreated patients in Nepal. J Neurol Neurosurg Psych 1980; 43: .204–198

.10

Ridley DS. Reactions in leprosy. Lepr Rev 1969; 40: .81–77

.11

Ridley DS, Jopling WH. Classification of leprosy according to immunity, a five-group system. Int J Lepr 1966; 34: .73–255

.12

Ellard GA. Rationale of multidrug regimens recommended by a WHO Study Group on chemotherapy of leprosy for control programmes. Int J Lepr 1984; .401–52:394

.13

Duncan ME, Melsom R, Pearson JMH et al. A clinical and immunological Study of four babies of mothers with lepromatous leprosy, two of whom developed leprosy in infancy. Int J Lepr 1983; 51: .17–7

.14

الفصل التاسع أنتانات الجلد باللولبيات Treponemal skin infections

الافرنجي (الزهري) الخلقي Congenital syphilis

المظاهر الجلدية للافرنجي الخلقي تميل للظهور خلال الأسابيع أو الأشهر الأولى من الحياة. ينتقل الأفرنجي من الأم إلى الجنين عبر المشيمة، لذلك يعتبر المرض ماقبل الحمل أكثر مما هو خلقي.

المظاهر الجلدية للافرنجي الخلقي الباكر :

1. ـ السمة (Stigmata)

المرض الجلدي الافرنجي الخلقي يمكن تشخيصه بسهولة في حال وجود السمة وهي من الأمور الهامة التي تساعد على التشخيص، وهي توجد عند الأطفال الصغار ناجمة عن آفات مخربة تؤدي إلى التندب وترك آثار بالجلد.

ويشمل هذه التغيرات معروفة باسم ثلاثي وما يسمى هتشينسونز ترايد (Hutshinson's triad:)

الأنف السرجي.

آفات جلدية (ندبات شعاعية الشكل).

قرحات وتكثفات القرنية العينية.

أسنان هتشينسون وتظهر الأسنان بشكل «الرحى التوتية» (Malbery moles.)

2. ـ فقاعات المرض الافرنجي:

يكون الإندفاع الفقاعي متناظر وقد يتوجد في الراحتين والأخمصين ويحتوي على سائل قيحي مصلي يحتوي على اللولبيات، وأخيراً فإن القشور الحمراء الغامقة تغطي المنطقة المصابة.

3. ـ الورم القنبيطي (اللقمي) المسطح (Condyloma lata:)

قد تصيب هذه الآفة الاتصال الجلدي ـ المخاطي.

(83/1)

المظاهر السريرية:

مظاهر الأغشية المخاطية:

يحدث تقرح وتخريب الأغشية في المناطق الملتهبة.

مخاطية الأنف والفم والبلعوم والحنجرة تصاب عادة حيث يحدث سيلان مدمي أو سيلان مخاطي قيحي من

» ويصاب الرضيع ببكاء خافت بسبب إصابة الحنجرة.Snufflesالأنف هذا يسمى«

المظاهر الجلدية:

يصبح الجلد أحمراً، قد تظهر شقوق شعاعية في زوايا الفم (الصورين) وحول فتحتي الأنف والشرج.

" (اللجم).Rahgadesشفاء هذه الآفات يترك ندبات شعاعية الشكل تسمى "

المظاهر الجهازية:

منظر الرجل المسن: ناجم عن الأعراض البنيوية مثل التهاب المعدة والأمعاء، ذات الرئة. نقص الوزن والسفل، حيث يكون الجلد أصفر، بني ومنكمش.

)Syphilitic alopeciaالحاصة الأفرنجية (

الحاصة: تظهر في جانبي الرأس وخلفه إذ تظهر مناطق خالية من الشعر ويعطي ذلك منظر مميز يشبه «العث».

غياب شعر الأجفان والحاجبين.

تكسر وتشوه الأظافر.

المظاهر الجلدية للمرض الافرنجي الخلقي المتأخر

يحدث الافرنجي الخلقي المتأخر عدد كبير من العلامات والأعراض في الحالات غير المعالجة.

» تكون عادة نادرة عند الأطفال بعمر أقل من 5 سنوات.Tertiary stageمظاهر الآفات الثلاثية «

هذه العلامات مميزة جداً:

): قرحات صماغية في الفم والأنف حيث تؤدي إلى تخريب وحدوث فتحات 1Gumma. ــ الصموغ (في حاجز الأنف ويؤدي ذلك إلى التشوه.

تخرب الحنك يؤدي إلى صعوبة تناول الطعام ومراجعته وعدم البلع بطريقة عادية.

2. ــ العلامات الواسمة (السمة) ناجمة عن التندب الناتج عن الآفات الباكرة.

الأنف السرجي :

حدوث ندبات وقد يؤدي ذلك إلى تشوهات وتجاعيد حول الفم والأنف والشرج.

تشخيص المرض الافرنجي الخلقي :

بالصورة السريرية.

فحوصات مصلية مثل: (FTA - ABS (IGM) - TPI - VDRL)

معالجة الافرنجي الخلقي

(84/1)

من المهم جداً تشخيص ومعالجة الأم والمتماسين مثل الأشقاء وبقية أفراد العائلة. ويجب الأخذ بعين الاعتبار بضرورة المتابعة لمن هم على اتصال بالمصاب.

البنسلين حقناً هو الدواء المفضل.

الجرعة المنصوح بها للرضع والأطفال. بروكائين بنسلين 450.000 وحدة /كلغ لمدة عشرة أيام.

بنزاثين بنسلين: قد يعطى لمعالجة الافرنجي الخلقي بجرعة وحيدة عضلياً 50.000وحدة /كلغ .

الاريثروميسين يمكن إعطاؤة لمدة 2 ــ 3 أسابيع عند المتحسسين من البنسلين.

اللولبيات الغير افرنجية

Non venereal Treponemas

داء اليوز (الداء العليقي)

(Yaws)

هو مرض جهازي غير افرنجي يبدأ عادة في الطفولة، سير المرض عند الأطفال أكثر سرعة منه عند البالغين.

هي العامل المسبب وهو مستوطن في بعض المناطق المدارية.Pertunueلولبيات

المسببات:

"هي العامل المسبب ومحددة شكلياً مع اللولبيات المسببة للافرنجي. Treponema Pertenueاللولبيات "

" تنقل الانتان إلى الكائنات البشريه.Hippelatesالذباب من جنس "

الرض الخفيف وحتى السحجات الجلدية قد تحرض على دخول الجراثيم المسببة إلى الجلد.

المظاهر السريرية:

1. ــ الطور الباكر

الآفات البدنية: تظهر الحطاطة أو مجموعة الحطاطات البدئية خلال شهر أو أكثر بعد دخول العامل المحرض إلى الجلد. الآفة الأولية تسمى التوت العليق (التوت البري) " وتتمركز في Frambesiform

الجلد فقط بدون إصابة الأحشاء، الانتان غير الافرنجي لا ينتقل خلقياً (داخل الرحم).

2. ــ الآفات الثانوية: تظهر الآفات بشكل أورام حبيبية توينية متقشرة طرية بلون أصفر عنبري على الوجه والأطراف وتشفى عادة بدون تخريب أو ترك ندبات. وتشفى مع ضمور خفيف وبعض زوال الصباغ إذ تظهر المنطقة المصابة بلون فاتح وبعد ذلك تصبح مفرطة التصبغ في المراحل المتأخرة.

(85/1)

التصبغ يكون شديداً في الراحتين. وقد يصعب التشخيص سريرياً في بعض حالات المرض. إذ قد تتشابه الأعراض مع الكثير من الأمراض الجلدية الشائعة.

3. ــ الطور الثلاثي: قد يظهر بعد سير طويل مزمن وقد يمتد ذلك إلى عدة سنوات بعد الطور البدئي الباكر إذ قد يوجد حالات نكس عديدة حيث قد يعاود المرض نشاطه من جديد وفي بعض الأحيان يحدث شفاء عفوي.

ــ الطور الثلاثي المتأخر للداء العليقي قد ينتهي بتخريب هائل في الجلد والعظم مما يؤدي إلى تشوهات مخيفة.

4. مظاهر الطور الثلاثي المتأخر:

المظاهر الجهازية أكثر حدة عند الأطفال وتشمل حمى خفيفة الدرجة، دعث واعتلال العقد اللمفية .

وقد يظهر العجز بسبب إصابة الراحتين والأخمصين.

) وارتشاف ونخر العظم قد يكون شديداً جداً عند الأطفال.Periosteitisالتهاب السمحاق(

المظاهر الجلدية :

عقديات كبيرة قد يصل إلى 15سم مع تقرح عادة يشفى في بعض المناطق والآفات الجديدية تمتد لمناطق جديدة ويؤدي ذلك إلى تسبب تخريب أكثر بالمنطقة المصابة.

التندب يؤدي إلى مناطق مفرطة التصبغ وحدوث ضمور بها.

آفات الراحتين والأخمصين تبدي كثافة شديدة وتقرحات سطحية مع آفات حلقية نبتيه.

غياب آفات الأغشية المخاطية في الطور الثانوي يميز الداء العليقي (يوز) عن المرض الافرنجي وكذلك عدم انتقال المرض داخل الرحم للداء اليوز.

إصابات الأحشاء الداخلية نادرة جداً في الطور الثلاثي المتأخر من اليوز.

طرق التشخيص:

الصورة السريرية النموذجية.

وجود الآفات النموذجية على الراحتين في المناطق الموبوءة علامة مشخصة.

إظهار اللولبيات في الساحة المظلمة.

إختبارات الافرنجي المصلية إيجابية.

طرق المعالجة:

البنسلين هو الدواء المختار.

الجرعة المنصوح بها من قبل منظمة الصحة لمعالجة اليوز (الداء البليقي) هي كما يلي :

) وذلك جرعة وحيدة عند الأطفال تحت PMAبروكائين بنسلين حقن في العضل مع المنيوم مونوستيرات (عمر 11 سنة هي 600.000 وحدة، المرضى فوق عمر 15 سنة يحتاجون 1.200.000 وحدة للحالات النشطة من المرض.

الحالات المتأخرة والملامسين للمريض يحتاجون إلى نصف الجرعة الخاصة بالأطفال تحت عمر 15سنة (300.000وحدة).

)Pintaداء البنتا (

) .Blue stain diseaseهو انتان باللولبيات، غير أفرنجي ويسمى «داء الصباغ الأزرق (

ما يميز المرض هو ظهور مناطق ملونة بشكل غريب في الجلد. يصيب المرض عادة ذوي البشرة الملونة بشكل رئيسي وتشكل هذه العلامات المميزة للمرض.

) التي لا يمكن تمييزها شكلياً عن العصويات Treponema carateumالجراثيم المسببة هي اللولبيات (المسببة للافرنجي وداء العليقي (اليوز).

يتواجد الداء المستوطن في المناطق المدارية وما تحت المدارية.

طريق الانتقال :

) تنقل الانتان.Hippelatesالذباب من جنس الـــ (

التماس المباشر مع المرضى.

خلال المرحلة الأولى قد يعدي الطفل الرضيع أمه أثناء الرضاعة من الثدي بالتماس المباشر حيث تحدث القرحة على الثدي.

الصورة السريرية :

دور الحضانة يشبة انتانات اللولبيات الأخرى.

الشكل رقم 56: البنتا

الشكل رقم 55: البنتا

1. ـــ المرحلة البدائية :

تبدأ هذه المرحلة بعد أسبوع أو عدة أسابيع من الخمج.

الآفات تبدأ على شكل لطاخة حمراء بوسية على الساقين والمناطق المكشوفة ثم تصبح لويحة حمامية مرتفعة الحواف.

اللطاخات الملحقة التي تظهر لاحقاً مجاورة لمكان الإصابة البدائية قد تحيط بالآفة البدائية بعد عدة أشهر وتلتحم مع بعضها لتشكل نماذج متعددة الأشكال.

الآفات لاتتقرح وهذا ما يميز البنتا عن المرض الافرجي.

. سلبية في المرحلة البدائية والفحص المجهري تحت الساحة المظلمة قد يكون إيجابي.S.T.S

2. ـــ المرحلة الثانوية:

تظهر هذه المرحلة عادة بعد 5 ـــ 12 شهر بعد ظهور لمرحلة البدائية. قد تكون الأعراض غير واضحة ويمكن أن تمر دون أن تبين الدلالات الخاصة لتشخيص المرض. قد تكون الأعراض بقع حمراء مدورة على الأطراف بشكل 45يسي وأقل انتشاراً على الوجه .

ارتكاس يمكن أن يكون إيجابياً في حوالي 60 % من الحالات في المرحلة الثانوية. البريميات STS) قد تظهر في السائل المسحوب من العقدة اللمفية.Spirochetes(

الشكل رقم 57 ا-: البنتا

الشكل رقم 57ب-: البنتا

3. ـــ المرحلة المتأخرة:

هذه المرحلة تحدث بعد سير طويل طويل جداً وقد يستغرق سنوات عند البالغين وذو سير مزمن جداً.
تظهر الآفات على الوجه والرأس والعنق وتؤدي إلى تصبغ نقطية منتشرة أو موضعية بلون أزرق داكن، تستبدل بعد وقت طويل ببقع فاقدة اللون تشبه البهق. لذلك تسمى هذه المرحلة أحياناً باسم «مرحلة عسر التلون» إذ يظهر على الجلد بقع زرقاء (البنتا الزرقاء) ومناطق بيضاء (البنتا البيضاء).
الآفات قد تصبح مفرطة التقرن إذ تنتهي بقرح عميقة وتخرب في المناطق المصابة من الجلد والعظم والأنف ونادراً البلعوم مؤدية بذلك إلى تشوهات واسعة.
إصابة الأحشاء الداخلية والجملة العصبية نادرة جداً.

طرق المعالجة:

البنسلين (بنزيثين بنسلين) هو الدواء المختار.
الجرعة المنصوح بها للبالغين هي حقنة بالعضل 1.200.000 وحدة كل أربع أيام. اللون الأزرق والمناطق خالية الصباغ والآفات المطرفة التقرن تبدأ بالزوال بعد المعالجة.

البجل

)Bejel(

هو مرض مستوطن غير افرنجي، وهناك نسبة مئوية عالية من الناس في المناطق الموبوئة يصابون قبل البلوغ إذ أن أطفالهم ربما يعدون البالغين الذين نجوا من الانتان في الطفولة، ولا يوجد دليل على الانتقال داخل الرحم.

المظاهر السريرية :

المرحلة البدائية :

هي عادة خفية وتبدو المظاهر في المرحلة الثانوية.

الشكل رقم 58: البجل

(88/1)

المرحلة الثانوية: تتظاهر باندفاع لطاخي، أو لطاخي حلقي أو لطاخي شائك معمم، إصابة الأغشية المخاطية بشكل الأورام المقممة (القنبيطية) وبقع مخاطية تشبه المظاهر الأخرى للولبيات المستوطنة، بحة الصوت، الآلام العظمية الليلية شائعة وهي أعراض مميزة.

المرحلة الكامنة المتاخرة:

هذه المرحلة تتظاهر بتخرب العظم والأنسجة. والإصابة الجهازية للقلب والأوعية والجهاز العصبي.

المراجع

Boot JM, Oranje AP, Menke HE et al. congenital syphilis in the Netherlands: diagnosis & clinical features. Genitourin Med 1989; 65: 3–300

.1

Bradlaw RV. The dental stigmata of prenatal syphilis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1953; 58–147 :6

.2

Browne SG. Yaws. Int J Dermatol 1982; 21: 3–220

.3

Bengali FS. Involvement of aortic valve and ascending aorta in congenital syphilis. Br J Vener Dis 1961; 37: 67–257

.4

Dunlop EMC, Wink RB. Incidence of corneal changes in congenital syphilis. Br J Vener Dis 1954; 30: 9–201

.5

Feign D ,Glenn M, MacBride-Stewart G et al. Yaws in the Solomon Islands. J Trop Med Hyg7–52 :93 ;1990

.6

Harter CA, Benirschke K. Fetal syphilis in the first trimester. Am J Obstet Gynecol 1976; 124: 11–705

.7

Hackett CJ, Loewenthal LJA. Differential Diagnosis of Yaws. Monograph Series, No. 45. Geneva: WHO1960 ,

.8

Mascola L, Pelosi R, Blount JH et al. Congenital syphilis revisited. Am J Dis Child 1985; 139: 80–57

.9

Medina R. Pinta. An Endemic Treponematosis in the Americas. WHO INT/VDT/204.65

.10

Noordhoek GT ,Cockayne A, Schouls LM et al. A new attempt to distinguish serologically the subspecies of Treponema pallidum causing syphilis and Yaws.J Clin Microbiol7–1600 :28 ;1990

.11

(89/1)

Robinson RCV. Congenital syphilis. Arch Dermatol 1969; 610–599 :99

.12

Willcox RR. Njovera: an endemic syphilis of Southern Rhodesia .Lancet 1951; i: 60–558

.13

Whittet HB, Quiney RE. Nasal manifestation of yaws. J Laryngol Otol 1988; 102: 9–1147

.14

Hackett CJ, Loewenthal LJA .Differential Diagnosis of Yaws. MonographSeries, No. 45. Geneva: WHO1960 ,

.15

Mascola L, Pelosi R, Blount JH et al. congenital syphilis revisited. Am J Dis Child 1985; 139: 80–57

.16

Noordhoek GT, Cockayne A ,Schouls LM et al. A new attempt to distinguish serologically the subspecies of Treponema pallidum causing syphilis and Yaws

.17

WHO. Treponemal infections. Technical Report Series No. 674. Geneva:

WHO,1982
.18
WHO .Expert Committee on Venereal Diseases and Treponematoses. Sixth Report .Technical Reports Series No. 736. Geneva: WHO, 1986

.19

القرحة المدارية

Tropical ulcer

تحدث القرحات المدارية في المناطق المدارية خلال الفصول الماطرة والمرض أكثر شيوعاً عند الأطفال في سن المدرسة.

عدة عصويات مسببة: مثل العصويات المقيحة، الافرنجي، داء اليوز وخناق فإنسان قد تسبب القرحة المدارية.

المظاهر السريرية :

تبدأ الآفة بشكل لطاخة التهابية فوق سحجة سابقة أو رض خفيف على الساقين والذراعين. الآفة عادة مفردة ووحيدة الجانب، هذا يعني أنه من غير الشائع أن نجد قرحات متعددة فوق كلا الساقين. تتحول اللطاخة إلى حويصلة تتمزق مخلفة ورائها قرحة. قد تكون القرحة صغيرة أو كبيرة مع حواف مرتفعة أو منخفضة ناعمة أو خشنة أو غير محددة.

التشخيص التفريقي :

يجب تفريق القرحات الأخرى عن القرحة المدارية:

القرحة الدفتريائية: صغيرة وسطحية وقد يعزل منها الوتيدات الدفتريائية.

الشكل رقم 59ا: القرحة المدارية

الشكل رقم 59ب: القرحة المدارية

(90/1)

القرحة السلية: غير محددة ونادراً ما توجد على الساقين ويمكن عزل عصيات السل من الآفة الجدرية.

القرحة الافرنجية: مرتفعة وذات قاع عميق، الاختبارات المصلية للافرنجي إيجابية.

الجذام: يمكن تشخيصه بسهولة من المظاهر العصبية ومظاهره المتأخرة المشخصة وعزله من الآفة.

القرحة الدوالية: سطحية وغير منتظمة وحوافها مغطاة بخط أزرق رقيق من البشرة النامية، بينما القاعدة تتألف من نسيج حبيبي زهري اللون وتتوضع على الجزء السفلي الذي يبدي أوردة متسعة.

القرحة الفطرية: قرحة سطحية والفطور المسببة يمكن عزلها من المنطقة المصابة.

»: تحدث في المناطق الموبوءة، وذات سير سريع، ويمكن عزل وتحديد Frambesiaالقرحة التوتية «

منها.T. Pertenueاللولبيات

طرق المعالجة:

الوسائل الوقائية مهمة جداً ضد لدغ الحشرات والعوامل المهيئة الأخرى.

صادات حيوية داخلاً وخارجاً.

معالجة العامل المسبب.

داء كاريون

)Carrion's disease(

) التي قد تصيب الأعمار الصغيرة Bartonellaهو مرض بنيوي أنتاني تسببه البارتونيللا العصوية (

والرضع وبعد ذلك يحدث مناعة طويلة الأمد. المرض مستوطن في بعض الأودية في الجزء المركزي من

(Phlebotomus noguchiجنوب أفريقيا خاصة في الفصول الماطرة. ذباب الرمل الفاصدة النوغوشية(

)متهمة بنقل المرض.P.verrcarumوالذبابة (

المظاهر السريرية :

يتظاهر المرض بشكلين:

1. ــ الشكل الخفيف: يترافق مع مظاهر جلدية مميزة:

مظاهر عامة: أعراض بادرية مبهمة تتظاهر بفقر دم بسيط.

مظاهر جلدية: طفح جلدي ذو توزع متناظر وله نمطات مختلفه إما:

ــ شكل دخني: هو آفات بحجم رأس الدبوس إلى حبة البازلاء، بلون قرمزي متفرقة جداً بدون عقد أو معنقة كاذبة تظهر على الوجه والأطراف.

ــ الشكل العقدي: عقد عميقة تبدأ تحت الجلد فوق المرفقين وتحت الجلد وكلما كان الطفح أكثر انتشاراً كلما كانت النتيجة النهائية للحالة المرضية هي أحسن ويكون شفاء المريض أسرع.

) : المظاهر الجلدية هي فقط آفة خفيفة تنجم عن لدغ الحشرات في موضع 2OROYA. ـــ الشكل الشديد (اللدغة.

هذا الشكل حاد يتلوه آفات جلدية ثؤلولية ذات سير مزمن.

المظاهر الجهازية :

حمى ودعث.

فقر دم قد يكون شديد.

نقص الكريات البيض.

آفات ثؤلولية قرمزية متعددة تحدث بعد الشفاء من الأعراض التي ظهرت في بداية المرض أو بعد الطور الحموي بشهر أو شهرين.

طرق المعالجة :

1. ـــ الوقاية 2. ـــ البنسلين 3. ـــ الستيرويدات داخلاً.

المراجع

Adriaans B, Hay RJ, Drasar B et al. The infectious aetiology of tropical ulcer - a study of the role of anaerobic bacteria. Br J Dermatol 1987; 1616: 7–31

.1

Robinson DC ,Adriaans B, Hay RJ et al. The epidemiology and clinical features of tropical ulcer. Int J Dermatol 1988; 27: 53–49

.2

J Clin Microbiol 1990; 7–1600 :28

.3

Wilkinson M, Agett P, Cole TJ. Zinc and acute tropical ulcers in Gambian children and adolescents. Am J Clin Nutr 1985; 51–43 :41

.4

الفصل العاشر أنتانات الجلد الفطرية Fungal skin infections

الانتانات الفطرية السطحية Superficial fungal infections

سعفة الرأس Tinea capitis

سفعة الرأس هي أنتان فطري يشكل مشكلة واسعة الانتشار، تصيب الفروة وهي بشكل رئيسي مرض الأطفال الصغار. الذكور أكثر إصابة من الإناث وقد يكون سبب ذلك يعود إلى قصر الشعر لدى الذكور الذي قد يؤدي لسهولة وصول الأبواغ الفطرية إلى فروة الرأس.

نادراً ما يصاب البالغين، ويعتقد أن سبب ذلك هو فرط الحموض الدسمة في الفروة الذي يشكل مركباً مثبطاً للفطور الجلدية.

لقد ثبت منذ عدة سنوات أن بعض الحموض الدسمة المشبعة من شعر البالغين (وتشتق من الزهم) مثبطة للفطور الجلدية.

(92/1)

الخمج الفطري في الرأس قد يكون مستوطناً أو فردياً، حيث أن إصابة عدد كبير من أطفال المدارس أو في المعسكرات الحاشدة ذات العناية الصحية القليلة من الممكن أن يحدث على نطاق واسع.

إن ميل للشفاء عفوياً في سن البلوغ أدى إلى الاعتقاد بأنه بسبب التغير في تركيب الدهون في هذه الأعمار البالغة.

طريقة الانتان :

سعفة الرأس شائعة في البلدان الحارة.

الشكل رقم 60: سعفة الرأس

الشكل رقم 61: سعفة الرأس

التماس مع أشخاص مصابين أو من حوائجهم مثل غطاء الرأس أو ملابس السباحة والرياضة أو أدواتهم الملوثة مثل المشط، فرشاة الشعر وغيرها.

التماس مع الطيور والحيوانات المصابة مثل: القطط، الكلاب، المواشي.

الرض البسيط هو عامل مؤهب مهم لدخول الفطور إلى الفروة محدثاً الأنتان.

الانتقال من إنسان إلى أخر خاصة الفطر الذي ينتقل عن طريق النوع المسمى فطر البويغاء الكلبية" "تبدو أنها قليلة وعليه فإنه يسمح للطفل أن يعود للمدرسة فور البدء بالمعالجة.M.canes

أنماط الفطور المسببة للانتان:

) : هي أشيع الأنواع إحداثاً لسعفة الرأس.1Micosporon auduini. ــ البويغاء الاودوينية (

) : تنتقل عادة من الحيوانات وقد تسبب آفات أشد التهاباً.2M.Canis. ــ البويغاء الكلبية(

): تسبب سعفة رأس شديدة الالتهاب.3Trichophyton mentagrophyte.(

): تسبب انتان مزمن والانتان الفطري غالباً ما يكون عائلياً.4Trichophyton tonsurans.(

"Black dot type.): تسبب آفات سريرية تسمى بقع سوداء "5T.Vioaceum.(

): تسبب سعفة الرأس ما يعرف باسم القرعة.6T.schoenleini.(

المظاهر السريرية :

تختلف الأعراض باختلاف الفطر الجلدي المسبب.

" تسبب أعراضاً والتهابات شديدة T.Mmentagrophyteبعض السلالات مثل البويغاء الكلبية والنوع"

" تسبب آفاتاً ذات سير مزمن جداً. T.Tonsuransبينما "

(93/1)

الصورة السريرية قد تكون غير واضحة ولا يمكن تشخيصها بسهولة ما عدا بفحص الفطور بواسطة "KOH.الطخات هيدروكسيد البوتاسيوم"

أنماط من سعفة الرأس:

1. ــ النوع الجاف: الآفة حافة ومتقشرة وتشبه قشرة الفروة، والصداف والحزاز المسطح.

": عادة تكون الآفة جافة والشعر مقطوع من الجذور وأسس الأشعار المصابة 2Blackdot. ــ النوع" موجودة وتظهر المنطقة المصابة خالية من الشعر الطويل ويبدو الشعر كأنه مقصوص على مستوى سطح الجلد ويبدو كنقط على سطح فروة الرأس.

وتوجد درجة مختلفة من الاحمرار، حكة وتقشر. قد تستمر الآفة فترة طويلة أو تزول عفوياً.

" : آفات أخرى قد تكون أكثر التهاباً فتظهر تورماً ونزاً وتقشراً في 3Kerion. ــ النوع المسمى الشهدة " شكل التهاب انتفاخي في الفروة تسمى "الشهدة" وقد تحدث التباساً في تشخيصها وقد تعالج على أنها خراج في الفروة. قد يحصل ضياع الشعر وصلع دائم بالمنطقة المصابة.

" : تتميز بقشور صلبة تتشكل فوق المنطقة المصابة وقد تنتشر لتغطي كل الفروة 4Favus. ــ القرعة " وقد تسبب رائحة كريهة جداً للفروة وقد تنتهي بحاصة لا عكوسة وصلع دائم، الانتان قد ينتشر إلى مناطق

أخرى بعيداً عن الفروة مثل البطن والأطراف.

طرق التشخيص :

تشخيص سعفة الرأس قد يكون بطرق مختلفة:

1. ـــ الصورة السريرية: الفطور المسببة تبدأ بشكل متميز لمظاهرها المرضية إذ تبدأ الفطور نشاطها في المركز متغذية على المادة القرنية وبعد ذلك تنتشر محيطياً بعيداً عن المركز إذ يحدث شفاء في الوسط بينما محيط الآفة يبدي حواف نشيطة سواء حطاطية أو حويصلية أو حطاطية حويصلية مع سطح متقشر.

2. ـــ أشعة وود: تعطي لون ومضان أخضر قوي.

الشعريات الحازة مثل الشونلاينية تعطي ومضان أخضر تحت الأشعة فوق البنفسجية المفلترة بواسطة أشعة وود في غرفة مظلمة، وهذا يفيد جداً في التشخيص السريع لعدد من الأطفال في المدارس.

(94/1)

---

3. ـــ عينة قشور من حواف المنطقة المصابة: هي طريقة بسيطة ويمكن إجراؤها بسهولة في العيادة،) يمكن أن يحدد الخيوط الفطرية للفطر الجلدي KOHالفحص المجهري للعينة بالبوتاسيوم هيدروكسيد (المسبب.

الطريقة:

جمع الكشاطات من الجلد المصاب يجب أن يؤخذ من الحواف النشيطة للآفات بواسطة مشرط كاشط كليل أو حافة الشريح الزجاجية. الشعر المصاب يجب نزعه من جذوره خاصة في حالات الـــ FAVUS.

توضع العينة على الشريحة الزجاجية مع نقطة من " KOH .30%"

وتغطى بالساترة الزجاجية. ثم تسخن بلطف لكي تصبح طرية وتصفي المادة، يجب الحذر من تسخين العينة كثيراً حتى لا تغلي وبالتالي قد تؤدي إلى نتيجة سلبية.

العينة تفحص بالقوة الصغيرة بعدسة المجهر بدون تلوين.

النتيجة الإيجابية تظهر خيوط فطرية مفصولة ومتفرعة.

والفطور Micosporon "في(البويغاءEctothrixغزو الفطور للشعر هو خارج الشعرة"

memenentagrophytes و T.verrucosum.(

)الشعرية الجازة البنفسجية.T. violaceum و T.Tonsurans" داخل الشعرة في(Endothrixبينما هو"

4. ــ الزرع: في علبة بترى أو ماسحة قطنية في أنابيب اختبار تحتوي وسط" سابورويد دوكستروز" وعلى "صادات حيوية" لتثبيط الجراثيم والفطور الرمية. تحفظ هذه في الحاضنة في درجة حرارة 26 ــ 30 لمدة أسبوع أو أسبوعين. النتيجة الإيجابية تظهر العديد من المستعمرات التي يمكن التفريق بينها وبالتالي تحديد نوع الفطر المسبب و يمكن تحديدها شكلياً ومجهرياً.

التشخيص التفريقي:

": المنطقة المصابة ــ ناعمة، خالية من الأشعار أو إذا كان هناك 1Alopecia Areata. الحاصة البقعية " " لبعض الأشعار exclamationبعض الأشعار النامية تظهر وبدون قشور. علامة حرف الاستفهام؟ الــ" النامية التي تظهر على محيط البقعة وتلك من العوامل المساعدة في تشخيص الحاصة البقعية.

تحديد نوع الفطور المسببة بالفحص المجهري أو الزراعة هما الفاصل في تشخيص سعفة الرأس.

(95/1)

---

2. التهاب الجلد الدهني: الآفة أكثر انتشاراً وذات قشور دهنية، ضياع الشعر المنتشر والفحص المجهري السلبي هما معياران مهمات للتفريق.

) الآفات الجرثومية أكثر التهاباً، وذو 3kerion. الحصف الجلدي والدمال: في الفروة قد يشبه الشهدة (سير أقصر، والشعر غير ضائع ولا يظهر وكأنه مقصوصاً على سطح البقعة.

4. الفطور الجلدية: يمكن تحديدها بالفحص المجهري أو بالزراعة.

) : ذات سير مزمن ينتهي بحدوث ندبات 5Discoid lupus erythematosus. الذئبة الحمامية الجهازية(بالجلد وصلع لا عودة بعده والقشور ملتصقة والمناطق المكشوفة الأخرى مثل الوجه يمكن أن تصاب.

الفحص المجهري للفطور يكون سلبي.

) : حطاطات بنفسجية مسطحة قد تشاهد في الآفة التي تنتهي إلى 6Lichen planus. الحزاز المسطح (حاصة لا عكوسة أو صلع دائم بالمنطقة المصابة. الأطراف والشدق قد تكون مصابة بآلافات المميزة للحزاز المسطح.

طرق المعالجة :

وسائل وقائية.

معالجة موضعية.

معالجة جهازية.

(:1Griseofulvin. ـــ الجريزوفولفين(

اكتشف في أواخر الأربعينات واستخدام بعد 1958 لمعالجة الآفات الفطرية عند الإنسان، وهو أول مضاد فطري إلا أنه أقل فعالية من كل المضادات الفطرية المتوفرة حالياً، كما أن ليس له تأثير على الجراثيم.

طريق التأثير:

) وأكثر وضوحاً خاصة في الخلايا Microtubulesإنه يثبط جزئياً تشكيل وتكوين الأنابيب الدقيقة(الاستقلابية قرب أطراف الخيوط الفطرية في الإنسان.

الجريزوفولفين يستقلب بسرعة ويرتبط بالجلوكورونيد في الكبد ويطرح بالكلية والكبد عبر الصفراء.

التداخلات الدوائية :

يتداخل الجريز وفولفين مع بعض الأدوية مثل مضادات التخثر،"الوارفارين" –السيكلوسبورين ـــ الباربيتورات ومانعات الحمل الفموية.

الجرعة :

(96/1)

"الجريزوفولفين" متوفر بشكل دقيق البلورات معياري بشكل 125ملغ و500ملغ. ومعلق فموي للأطفال 125ملغ /5مل. يعطى بعد الطعام ويفضل الطعام الدسم الذي يساعد على أن يزيد من امتصاص الدواء.

في سعفة الرأس: جرعة واحدة من 2غ من الجريزوفولفين قد تكون كافية عند الأطفال الصغار (وذلك للتأكد بأن الجرعة الفعالة قد أعطيت) وهذه الجرعة عادة كافية لإزالة معظم الآفات الفطرية.

الجرعة اليومية المنصوح بها:

أ ـــ الرضع والأطفال:

125 ملغ / اليوم: حتى عمر 1 سنة (ملعقة صغيرة).

في الأطفال: الجرعة اليومية هي 10ملغ / كلغ / يوم مقسمة على جرعتين

1 ـــ 5 سنوات من العمر: 187 ملغ / يومياً (1.5 ملعقة صغيرة)

من 6 – 12 سنة: 250 ـــ 375 ملغ / يوم (2 ـــ 3 ملاعق صغيرة) تقسم على جرعتين أو بجرعة واحدة بعد وجبة دسمة.

يجب أن تعطى بعد الوجبات (بعد وجبة دسمة مثل بعد تناول البيض).

فترة المعالجة: تختلف من 10 ــ 20 يوم حسب نمط وشدة الخمج الفطري.

ب ــ البالغين :

1 ــ 2 قرص 500 ملغ يومياً أو على الأقل 10 ملغ /كلغ /يوم.

البالغين الصغار (55كغ) حبة واحدة 250 ملغ مرتان يومياً.

البالغين متوسط الحجم: 1 حبة 250 ملغ ثلاث مرات يومياً.

البالغين الكبار (فوق 100كغ) حبة واحدة 500 ملغ مرتان يومياً.

)2Azoles. ــ الآزولات (

الآزولات الفموية هي المركبات الحديثة، خاصة الا يتراكونازول، فعال كبديل للجريزوفولفين لكنه أكثر غلاء منه.

استطبابات خاصة للآزولات :

" فإن الأزولات هي المعالجة T. rubrum ــ السعفة الجسمية الواسعة الناجمة عن الفطور الشعرية الحمراء" المختارة.

ــ الحالات التي تفشل في الاستجابة أو في حالة عدم تحمل الجريزوفولفين.

ــ أنواع الازولات في السوق:

"هي مضادات فطور حديثة فعالة.itraconazoleالايتراكونازل"

الجرعة:

البالغين 100 ــ 200 ملغ / يوم لعدة أسابيع في الآفات الجلدية الفطرية ولعدة شهور للآفات في الأظافر.

التأثيرات الجانبية:

اضطرابات معدية ــ معوية.

صداع.

(97/1)

التهاب جلد توسفي نادراً.

3. ــ الكتيوكونازول:

ايمدازول: من الأدوية مضادات الفطور المكتشفة حديثاً.

الجرعة:

للبالغين 200 ــ 400 ملغ / يوم مع الطعام وهو عادة جيد التحمل .

التأثيرات الجانبية:

صداع وغثيان نسبياً هي تأثيرات جانبية خفيفة شائعة.

يجب قياس وظائف الكبد بفواصل شهرية.

" ضعفين أو ثلاث أضعاف من ALT أو SGPTالأشواط الطويلة المعالجة يجب أن توقف إذا ما ارتفعت"

القيمة الطبيعية لها .

قد يثبط الإنشاء الحيوي للاندروجين.

التداخلات:

الأدوية التي تتداخل معه هي:

مضادات الهيستامين قد يتداخل الكيتوكونازول مع بعض مضادات الهيستامين مثل الاستيمازول

والترفينادين.

الستيرويدات القشرية.

حالات نظير الودي.

أدوية مضادات التشنج.

مضادات الحموضة.

الوارفارين.

الفينايتون.

الايزونيازيد.

مضادات الاستطباب:

ــ القصور الكبدي الحاد.

ــ الاستخدام المترافق مع "الاستيمازول أو الترفينادين" .

ــ الحمل.

ــ الإرضاع.

ــ التحسس للدواء.

" :4Allylamine. ــ اللالايلامين"

" في الغشاء الخلوي Squalene epioxidaseهي أدوية مضادة للفطور تعمل على تثبيط وتشكيل خميرة" الفطري.

) كلاهما فعال ضد الفطور الجلدية.Naftifine ,Terbenifineهناك مركبين رئيسين هي (

) يمكن أن يعطى فموياً.Terbinifine -Lamisilالـــ(

جرعة الأطفال فوق 20كغ: يمكن إعطاؤهم 62.5 ملغ /يوم.

الأطفال 20 ــ 40 كغ: يعطى 125ملغ يومياً.

فوق الـــ 40كغ : 250 ملغ /يوم.

جرعة البالغين: هي 250 ملغ /يوم.

وهو متوفر أيضاً بشكل مستحضر موضعي (كريم) ويحدث هوادة سريعة وطويلة الأمد في أمراض الأظافر وسعفة الجسم المستمرة.

هناك بعض الادلة تشير إلى وجود النكس المتكرر مع "التربينافين " أقل من المستحضرات المضادة للفطور

التهابات الأظافر الفطرية الأخرى

):Onychomycosis فطار الأظافر (

(98/1)

الانتان الفطري للأظافر ذو سير مزمن، بطيء، وقد يستغرق عدة أشهر حتى يظهر إذ أن شدة التأثير على الأظافر أكثر ما تعتمد على نوع الفطر المسبب.

عدة أنواع من الفطور تسبب فطار الأظافر:

) : تحدث مرضاً مزمناً ذو ارتكاس التهابي قليل.1T. Rubrum. ــ الفطور الشعرية الحمراء(

المظاهر السريرية:

سير المرض مزمن، وتتظاهر الآفات بلون أصفر لطرف الظفر وقد ينتشر ذلك إلى كل الظفر. لون الظفر يتغير ويبدي بقايا داكنة تحته، وبشكل متأخر يصبح الظفر كامد اللون وهش وينقلع مخلفاً بقايا سوداء.

الجلد المجاور قد تغزوه الفطور وتسبب مناطق حمامية محددة الحواف نخالية ومتقشرة.

):2T. Mentagrophytes. ــ انتان (

Candidalتسبب انتان سطحي وموضعي في الظفر. 3. ـــ أنتان الظفر المونيليائي (بالمبيضات (nail infection:(

هذا المرض عادة خفيف ويبدأ في طيات الظفر.

مناطق الجلد المجاورة تكون محمرة زهرية اللون ومتورمة ومن الدلالات المميزة لهذا النوع من الالتهاب الفطري خروج القيح على شكل الخرز عند عصر الآفة.

الظفر المصاب قد يصبح قائماً وينفصل عن باقي الظفر.

الشكل رقم 62: التهابات الأظافر الفطرية

صفيحة الظفر تبقى قاسية ولماعة كما في الظفر الطبيعي على العكس الانتانات التي تسببها الفطور الجلدية التي تؤدي إلى تكسرها وهشاشة الظفر وتغير في اللون.

الشكل رقم 63: فطريات الأظافر

الشكل رقم 64: التهابات الأظافر الفطرية

الشكل رقم 65: فطريات الأظافر

سعفة الجسم

Tinea corporis

سعفة الجسد هي داء فطري التهابي يصيب الجلد الخالي عادة من الشعر. هناك عدة أنواع من الفطور التي يمكن أن تحدث هذا المرض.

طريقة الانتان :

الحيوانات الأليفة المخموجة: ينتقل المرض من الحيوان المصاب مثل القطط والكلاب.

العدوى الذاتية من بؤر فطرية بدئية في أي مكان من الجلد.

من الأغطية المخموجة.

انتان مباشر من مريض لأخر.

المظهر السريري :

أكثر الأماكن عرضة للإصابة هي المناطق المكشوفة مثل الوجه والعنق والأطراف خاصة عند الأطفال، لكن أي مكان من الجسم يمكن أن يصاب.

يظهر المرض على شكل آفة دائرية مع حطاطات حمامية، تكبر باتجاه المحيط إذ أن الفطور تستهلك المادة القرنية في المركز ووسط البقعة ومن ثم يتوسع متجهاً بعيداً عن موقع الإصابة الأولى مشكلة لويحة دائرية أو بيضاوية ذات حواف نشيطة من الحطاطات الحويصلات وأكثر التهاباً من المركز. أحياناً تشكل الآفات حلقات التهابية متناوبة مع مناطق شاحبة متقشرة.

الشكل رقم 66: سعفة الجسم (حواف نشطه والوسط خالي من الالتهاب)

الشكل رقم 69: سعفة الجسم

الشكل رقم 67:صدفيه (القشور الفضيه تغطي كل سطح الطفح)

(للتفريق التشخيصي)

الشكل رقم 68: سعفة الجسم

الشكل رقم 70: سعفة الجسم

تشفى الآفات عفوياً.

تصبح آفات أكثر التهاباً.

تصبح ذات سير مزمن.

ينتشر المرض لأجزاء أخرى من الجسم.

يغزو المنطقة انتان جرثومي ثانوي.

التشخيص التفريقي :

الصداف.

النخالية الوردية.

نظير الصداف.

السعفة الحلقية

Tinea circinata

آفة فطرية تظهر بشكل حطاطة صغيرة يزداد حجمها بعيداً عن المركز الذي بدا فيه الالتهاب حيث أن الفطور تستهلك المادة القرنية في المركز ثم تتحرك للمحيط لتبحث عن منطقة جديدة تاركة ورائها مركز متقشر ناقص الصباغ وحواف نشطة مرتفعة.

المظاهر السريرية :

الآفات قد تلتحم مع بعضها مشكلة لويحات كبيرة أو آفات مفصفصة الحواف. الأعراض قليلة فيما عدا حكة خفيفة. والحالة معدية بشكل خفيف.

الآفات تشكل عدة أنماط سريرية:

):1Plaque type. ــ النمط اللوحي (

عادة تسببه الفطور الشعرية الحمراء حيث تظهر لويحات كبيرة متقشرة على الجلد الخالي من الشعر.

) :2Crusted type. ــ النمط المتقشر (

الآفات المتقشرة تغطي مناطق واسعة من الجلد والفروة مع رائحة فارية.

" والآفات المتقشرة بكثافة كتلك التي تحدث في القراع. Scatulaالصفات المميزة لهذا النوع هي "

(100/1)

الشكل رقم 71: السعفة الحلقية

الشكل رقم 72: السعفة الحلقية

السعفة العميقة

Tinea profunda

هي التهاب انتفاخي في الجلد غير المشعر مثل الشهدة التي تحدث على الفروة. الحالة تحدثها الفطور ".Trichophyton verrucosumالجلدية المنتقلة من الحيوانات مثل "

المظاهر السريرية :

هناك عدة نماذج سريرية:

1. ــ الشكل الاكزيمائي:

هو شكل التهابي شديد واضح الحدود مع بثرات جرابية تنتج مفرزات مصلية دموية أو مدماة.

الانتان الجرثومي الثانوي قد يحدث كاختلاط بهذه الحالة وقد يكون التندب هو المرحلة الأخيرة لهذا المرض.

2. ــ الشكل الجاف:

".Trichophytonالآفات تكون دائرية بدون شفاء مركزي، وهذا النمط يحدث بسبب الفطور الشعرية "

3. ــ الشكل العقبولي :

هو شكل حويصلي من الفطور الجسمية ناجم عن الفطريات الجلدية المنتقلة من الحيوانات ــ كالقطط والكلاب. الآفات الحويصيلية تظهر ثم تتمزق وتترك سطحاً متأكلاً.

الفطور الحبيبية

)Majochi's Granuloma(

هو شكل نادر من الفطور الحبيبية الجرابية وحول الأجربة وهو ذو سير مزمن.

المظاهر السريرية :

تظهر الآفة على الجلد الخالي من الشعر الاحلس خاصة على الذقن بشكل آفة حلقية متقشرة واضحة الحدود مرتفعة ومنتفخة حيث الأجربة الشعرية تتوسع مع وجود مادة قيحية مخاطية لزجة.

السعفة الارتوازية

Tinea imbricata

انتان فطري سطحي يصيب الجلد غير المشعر وتظهر الآفة بشكل بقع واسعة بشكل حلقات متحدة المركز وحواف عديدة الحلقات ومقشرة.

السير قد يأخذ وقتاً طويلاً حيث تسبب فرط التصبنع وكذلك بقع فاتحة اللون التي تظهر بعد شفاء الآفات.

القراع

Favus

هو انتان فطري في فروة الشعر، ويسببها الفطر" Trichophyton schoenleini "الشونلاينية، الأطفال هم الأكثر إصابة بالقراع.

الأنتان نادراً ما يصيب الجلد غير المشعر مثل العنق والجذع. الآفة قد تظهر بشكل بقع متقشرة وسميكة.

التشخيص التفريقي لسعفة الجسم:

هناك عدة آفات جلدية تشبه السعفة:

(101/1)

---

1. ــ النخالية الوردية: هي أكثر الأمراض الجلدية التى قد تتشابه وذات صورة سريرية تشبه شكلياً سعفة الجسد.

آفة السعفة الجسدية تكون مرتفعة وحطاطية حويصيلية نشطة بينما النخالية الوردية حوافها صغيرة وناعمة. (بقعة الطليعة (Herald patch يمكن) وهي لويحية حماية كبيرة تستبق ظهور الاندفاع الجلدي)

بسهولة أن تساعد على تشخيص النخالة الوردية.

توزع آفات النخالية الوردية عادة باتجاه خطوط الأضلاع.

عندما يكون هناك مشكلة في التشخيص التفريقي فإن مسحات المعالجة بمحلول البوتاسيوم

" يمكن أن تحدد الفطور في السعفة الجسدية.KOHهايدروكسيد"

الشكل رقم73: القراع

) : الآفات أكثر تقشراً، حمامية مدورة وذات حواف مرتفعة 2Discoid eczema. ــ الاكزيما القرصية(

فعالة مثل سعفة الجسد ولا يوجد عناصر فطرية بالفحص المجهري الضوئي.

): الأماكن الأكثر إصابة هي 3Discoid lupus erythematosus. ــ الذئبة الحمامية القرصية (

المناطق المعرضة للشمس.

لا تظهر الحطاطات الحويصلية على الحواف، والآفات في الذئبة الحمامية القرصية عبارة عن قشور

ملتصقة بالجلد من أسفلها والقشور طليقة من أعلاها. تشفى المنطقة المصابة تاركة ندبات بالجلد وتليف

وتدمير بصيلات الشعر إذا أصاب الالتهاب فروة الرأس.

) : قشور فضية تغطي بقع مغطى كامل سطحها بالقشور بدون شفاء مركزي 4Psoriasis. ــ الصداف(

كما هو الحال في الالتهابات الفطرية.

طرق التشخيص :

الصورة السريرية النموذجية: آفات الفطور حمامية ذات حواف مرتفعة وعادة مع شفاء في وسطها.

20%" وسلفيت الصوديوم 10% KOHفحص القشور بالمجهر: مسحة مأخوذة من آفة فعالة، تغطس بـــ "

تبدي خيوط فطرية متفرقة بشكل دائري أو بيضوي مرتبة بشكل سلاسل.

الزرع: على وسط سابورويد ــ يمكن تحديد الأنواع الفطرية المسببة.

طرق معالجة سعفة الجسد :

مستحضرات موضعية :

(102/1)

, Imadizole ,Miconazole "أو(Tolnaftateالآفة الوحيدة الخفيفة: مضاد فطوري موضعي مثل: "

) كلور تريمازول وكلور ميدازول: جميعها فعالة في علاج سعفة الجلد خاصة الحديثة Econazole

التكوين، وهذه تستجيب بشكل جيد لمضادات الفطور الموضعية. تطبق تلك المركبات مرتين يومياً لمدة شهر تقريباً.

الآفات الفطرية الشديدة: تعالج باستعمال مضادات الفطور الفموية والموضعيية.

يجب الحذر من استخدام الستيرويدات القشرية في الآفات الفطرية فهي قد تخفف الالتهاب والتخريش مؤقتاً، لكنها قد تخفي الصورة السريرية إلى جانب أنها قد تسبب مضاعفات مثل الخطوط وضمور الجلد خاصة على جلد المريض في المناطق الثنيات عندما يستخدم السترويدات المركزة لفترة طويلة.

المستحضرات الجهازية التي تعطى داخلاً:

الجريزوفولفين: أو الجيل الجديد من الأدوية المضادة للفطور الأخرى إلا أن مجموعات الآزول يجب أن تستخدم للآفات الواسعة الانتشار أو الحالات غير المستجيبة للعلاج الموضعي أو في الآفات الجرابية.

الجريزوفولفين يفضل بشكل عام في علاج الانتانات الواسعة الانتشار والآفات حديثة العهد حيث يتوقع شفاء الحالة خلال حوالي 4 أسابيع.

)ـــ فمن T.Rubrumعندما تكون الآفة طويلة البقاء مثل ـــ عندما تحدث بسبب فطور الشعر الحمراء(الأفضل إعطاء أكثر من كورس على مسافات زمنية منفصلة وطويلة الأمد فى كل مرة من 3 – 4 أسابيع وذلك لعدة عدة أشهر.

الكيتونازول يبدو أنه أقل فعالية من الجريزوفولفين في السعفة الارتوازية.

)التهابات الفطرية الواسعة الانتشار وحديثة العهد كذلك .Itraconazoleيفيد مركب(

سعفة ثنيات الجلد لاربية

Tinea cruris

هو التهاب فطري سطحي يصيب الثنيات خاصة الناحية الاربية، والاليوية، والابطية. أكثر أنواع الفطور التي تسبب الالتهابات الفطرية هي:

)Epidermophyton floccosum & Trichophyton rubrum(

) Mentagrophytes. Tآفات التهابية شديدة نادرة وتنجم عن . (

(103/1)

) يسبب سعفة الثنيات بشكل رئيسي عند البالغين ولكن ندراً ما يسبب ذلك لدى الرضع T. verrucosum(
والأطفال الصغار.

خلال الـــ 25 سنة لم أصادف إلا عدداً محدوداً جداً من سعفة الثنيات ناجمة عن الفطور الجلدية عند الرضع والأطفال بالمقارنة لكثرة انتشاره في البالغين، وبالمقابل فإن التهابات ثنايا الجلد بالمبيضات العنقودية هي الانتانات الأكثر شيوعاً عند الرضع والأطفال الصغار.

العوامل المهيأة:

تغطية مناطق الثنيات كما هو الحال بالحفاظات والسراويل النايلون.

التعرق الغزير والتعطين.

طرق العدوى:

قد ينتقل الانتان من حيوانات أهلية مثل القطط والكلاب.

الأدوات الملوثة مثل الشراشف وغيرها.

الإصابة الذاتية من بثور فطرية في أي مكان بالجسم.

انتان وبائي في المدارس قد يحدث خاصة عند المشاركة في الملابس والأدوات الرياضية والسباحة.

المظاهر السريرية :

تبدأ الالتهابات في المنطقة الاربية وقد تصل إلى المناطق المجاورة بين الاليتين والفخذين وأسفل البطن.

الصفن لا يصاب عادة، وهذا قد ينجم عن العضلية الصغيرة في المنطقة والحركة الدائمة لعضلات الصفن التي قد تسبب صعوبة العدوى.

الآفات تبدأ بشكل منطقة حمامية متقشرة تنتشر إلى المحيط مع حواف مرتفعة، والحكة هي عرض مسيطر.

الآفات في المراحل الباكرة تكون بشكل لطاخة حمامية أو لويحات، مقوسة ذات حواف حادة تمتد من الفخذ نحو الأسفل إلى الفخذين. التقشر متنوع وأحياناً يغطي التغيرات الالتهابية.

الشفاء المركزي غير كامل عادة مع تجمعات عقدية تملأ المنطقة المصابة.

الآفات التابعة (المرافقة) توجد بعدد قليل وضخمة نسبياً.

سير الآفات يعتمد على الفطور المسببة.

الصورة السريرية عادة تختلف حسب نوع الفطور الجلدية.

" هي حادة البدء عادة أكثر التهابا وبدئية غالباً. Epidermophyton flocossumانتان الـــ"

(104/1)

" : عادة مزمنة، الامتداد من الفخذين إلى مناطق أخرى شائع. آفات T. Rubrumالفطور الشعرية الحمراء"
فطور الشعر الحمراء تمتد إلى الأرداف وأسفل الظهر والبطن.
ما بين الأصابع: الانتانات قد تكون حويصلية والتهابية.
الشكل رقم 74: سعفة ثنايا الجلد
الشكل رقم 75: سعفة ثنايا الجلد
الشكل رقم 176 : سعفة ثنايا الجلد
حواف الطفح تشطه ومرتفعه
الشكل رقم 76ب:حمامي الارفاغ
حواف غير مرتفعة
التشخيص التفريقي :
التهاب الجلد الزهمي: تبدو الآفات بشكل بقعة حمامية خالية من الشفاء المركزي وليس لها حواف فعالة كما في سعفة الثنيات، قشور دهنية تغطي الآفة في التهاب الجلد الدهني. لا يوجد عناصر فطرية في الفحص المجهري.
) : الآفات تكون بقع مدورة ومتناثرة مع بعض القشور في المركز. Pityriasis roseaالنخالية الوردية (ا
الحواف غير مرتفعة وبقعة الطليعة قد تميز عند وجودها في أي مكان على الجسم.
) : الآفات تغطي الناحية المصابة بدون شفاء مركزي ولا حواف مرتفعة Erythrasmaحمامي الارفاع(
كما في سعفة الثنيات. وحمامي الارفاع تعطي لون أحمر جوري باشعة وود. الفحص المجهري لكشاطة من الآفة تبدي الجراثيم المسببة.
) تظهر على جوانب الآفة الأصلية.Satellites): آفات ملحقة(Candidiasisداء المبيضات(
سعفة القدم
T. pedis
هو انتان فطري يصيب الجلد ما بين الأصابع، والطيات تحت الأصابع والأخمصين ومناطق أخرى من
) الخمائر Epidermophyton floccosumالجسم. الفطور الجلدية الحمراء ــ ما بين الأصابع (
) هي الفطور المسببة.Mouldsوالطحالبــ(

المرض أكثر شيوعاً عند البالغين الذكور وخاصة في المناطق الحارة.

طرق الانتان:

الأطفال خاصة الذين يمارسون الرياضة في المدرسة أو النوادي الرياضية قد يكونون أكثر تعرضاً للانتان.

الألبسة المخموجة مثل الجوارب الصنادل والأحذية.

(105/1)

الشواطئ الرملية الرطبة، أحواض السباحة، الحمامات الجماعية المستخدمة من قبل أشخاص مصابين يؤهبون للإصابة بسعفة القدم.

الشكل رقم 77: سعفة القدم

المشي حافي القدمين قد يؤهب انتان المناطق التي تلوث بالفطور المنتقلة من الحيوانات والإنسان.

قد تحدث حالات أوبئة لسعفة القدم خاصة عند أطفال المدارس والمجموعات الأخرى الخاضعين لحالات معينة تؤهب لإنشاء الانتان الفطري.

العوامل المؤهبة :

1. ــ الطقس الحار الرطب قد يساهم في التعرق وتعطين القدمين التى تلعب دور وسط مثالي للفطور.

2. ــ لبس الجوارب النايلون أو لبس الأحذية لفترات طويلة قد يؤدي لتغطية القدم ويؤهب للأنتان.

الشكل رقم 78: سعفة القدم (زيادة التقرن)

" الجلد وتجعل الجلد أكثر قابلية للأنتان.3pH. ــ الصوابين القلوية قد تغير من حموضة"

4. ــ المشاكل الوعائية المحيطة التي تسبب فرط التعرق مثل الاضطرابات الغدية الصماء التي تؤدي لتعطين أكثر في مناطق مابين الأصابع.

5. ــ الأمراض المزمنة مثل الداء السكري أو الأمراض المنهكة المزمنة.

6. ــ الاستخدام طويل الأمد للصادات والستروئيدات موضعياً قد يؤهب لسعفة القدم.

الصورة السريرية:

تعطن في منطقة الأفوات ما بين الأبخس أو الأصبع الثالث والرابع للقدم أو في الشقوق ما تحت الأمشاط في الأباخس الثلاثة الأخيرة يترافق مع التهاب وتحوصل.

الصورة السريرية عادة تعتمد على نوع الفطر المسبب للمرض.

تسبب الفطور الأفوات أو تلك التي بين أصابع القدم آفات حويصلية تثار بالتعطين الشديد في منطقة ما بين الأصابع.

الاندفاع يظهر في الآفوات حوصيلات وقاعدة حمامية تحتوي على سائل أصفر رائق.

الانتان الثانوي في الحويصلات قد يحدث التهاباً أكثر مترافقاً مع حكة وألم.

الفطور الحمراء تحدث شكلاً مزمناً وجافاً ومتقشراً من سعفة القدم والانتان قد ينتشر إلى النسج المجاورة والأظافر.

معالجة سعفة القدم :

(106/1)

---

1. ــ إصلاح العوامل المؤهبة مثل منع التعرق الغزيز والأقدام المغطاه والعناية الصحية الملائمة للقدمين .

2. ــ مسحوق موضعي مضاد للفطور في الجوارب أو ما بين الآفوات صباحاً قبل إرتداء الجوارب مثل (Daktarin powder.)

3. ــ مستحضرات مضادة للفطور موضعياً لوحدها أو بالمشاركة مع مضادات الجراثيم عندما يتوقع حدوث الانتانات الثانوية مثل (Lamisil cream, Dektacort.)

(قد ثبتت فعاليتة، واليميدازول ذو فعالية مساوية له موضعياً.Tolnaftateمسحوق الـــ)

محلول برمنجنات البوتاسيوم 1/9000 في تساعد تجفيف الآفات الرطبة النازة أو الالومنيوم كلورايد 20-30% يطبق مرتين يومياً ذو فوائد هامة في تخفيف التعرق.

4. ــ إذا كان هناك أي دليل على انتان جرثومي فإن المسحة يجب أن تؤخذ لأجراء الزرع والتحسس لتحديد نوع الجراثيم والمضاد الحيوي المناسب.

5. ــ الجريز وفولفين:

استعمال الجزيز وفولفين في معالجة سعفة القدم صعب تقييمه نوعاً ما في النوع المزمن الذي عادة ينجم عن الفطور الحمراء إلا أنه ذو قيمة عالية لكنه قد يحتاج إلى الاستمرار لمدة 2 - 3 أشهر .

6. ــ الآزولات:

الايميدازول ــ الاتيراكونازول والتربينافين هي أدوية فعالة. سرعة الشفاء أكثر ومعدل النكس أقل مع هذه المركبات.

المركبات الأخرى في هذه المجموعة: ميكونازول ــ ايزوكونازول ــ تيوكونزول والسالكونازول ذات فعالية متساوية مع بعضها البعض.

الحالات المصحوبة بفطار الأظافر قد تحتاج إلى فترة أطول من المعالجة.

الجرعات هي:

الأطفال حتى عمر 1 سنة: 10ملغ/ كغ/ يوم أو 125ملغ / يوم.

من عمر 1 – 5 سنوات: 187ملغ / يوم.

من 6 – 12سنة: 250 – 375ملغ/ يوم.

الايتراكونازول هو مضاد فطري جديد فعال ويعطى للبالغين بجرعة 200ملغ / يوم ويجب دائماً أن يعطى بعد الوجبات. الجرعة اليومية الوحيدة أو يمكن استعمالها بشكل مرتين يومياً وهو الأفضل.

(107/1)

مركبات الايميدازول تعتبر عادة مضادات جرثومية بالإضافة لكونه مضاد فطري فعال.

النخالية المبقرشة

Tinea versicolor

"، وهي أكثر شيوعاً في المناطق Malassazia furfurهي انتان فطري سميطي تحدثه الملاسيزيا النخالية " المدارية ويؤهب لها فرط التعرق.

غير شائعة عند الأطفال والأعمار الصغيرة. ويحدث الانتان بسبب استخدام الألبسة الملوثة والشراشف وأغطية السرير.

الانتان الذاتي شائع أيضاً.

الصورة السريرية:

النخالية المبقرشة ذات سير مزمن ومتكرر والنكس شائع بسبب الانتان الذاتي أو بسبب الانتان الراجع . لطاخات متقشرة حمامية وبقع تبدو على الجذع والكتفين وأعلى العنق وأعلى الأطراف العلوية، النخالية المبقرشة عادة غير متناظرة.

الحالة نادراً ما تشكل مشكلة متميزة ما عدا أنها مشكلة تجميدية.

البقع مفرطة الصباغ تحاط بمناطق ناقصة الصباغ على المناطق المصابة.

الحكة الخفيفة لكنها قد تزيد مع التعرق الشديد والاستحمام.

قد تكون الآفة ذات سير مزمن يمتد لشهور وحتى السنوات، وتنكس كل صيف إذا لم تعالج بشكل ملائم.

التشخيص :

الصورة السريرية النموذجية.

مسحة محضرة من القشور الجلدية من لآفاة حديثة على صفيحة زجاجية يمكن إظهار العوامل الممرضة بالفحص المجهري.

الشكل رقم 79: النخالة المبرقشة

الشكل رقم 80: النخالة المبرقش

الآفات النخالية المبقرشة تعطي لون أصفر باشعة وود.ا

التشخيص التفريقي :

سعفة الجلد: الآفات أكثر التهاباً مع حواف مرتفعة فعالة والفطور الجلدية يمكن إظهارها بالفحص المجهري.

: ضياع الصباغ أو لون الجلد في البهق يكون يكون كاملاً والبقع بيضاء اللون وناعمة VitilligoالبهQ وبدون قشور نخالية.

الجذام السليني: الصورة السريرية قد تشبه لويحات ناقصة التصبغ للجذام السليني والتشخيص بالموجودات المخبرية للجراثيم المسببة. العلامات العصبية تبدي نقص الحس والخدر في البقع ناقصة الصباغ السليني.

(108/1)

النخالية الوردية: بقعة الطليعة، التوزع النموذجي للاندفاع على طول خطوط الأضلاع والفحص المجهري السلبي لأي فطور قد يفيد في التشخيص التفريقي.

حمامى الارفاغ: قد تشاهد الحالتان معاً، والتشخيص يمكن إثباته بالفحص المجهري وتحديد العوامل الممرضة والومضان الزهري في لشعة وود في الحمامى الارفاغ.

التهاب الجلد الدهني: الجلد أكثر التهاباً والأماكن المصابة في مناطق معينة مثل الناحية الأربية. القشور

الدهنية تغطي الآفات والاختبارات المصلية كلها تثبت التشخيص التفريقي.

المعالجة :

طرق الوقاية من المهم جداً أن تمنع الانتان الراجع.

غلي وكوي الملابس التي غسلها بطريقة اعتيادية مع إضافة شامبو نيزورال للماء الساخن ونقع الألبسة فيها لمدة ساعة. ثم تغسل وتعصر المناشف وشراشف الفراش يجب أن تغلى وتكوى لتدمير الفطور.

تجنب التعرق الغزير.

الاعتناء الصحي الملائم للجسم.

المعالجة الفعالة :

) يستعمل مرة كل Nizoral) أو شامبو(Selsun shampooسلفيد السلينوم 2.5% (شامبو سلسون (يومين) يفرك به الجلد المصاب ويترك لمدة ربع ساعة على الجلد ثم يغسل. قد يعطي ذلك نتيجة طيبة وسهولة في الاستعمال خاصة على المناطق الواسعة أو تلك المناطق من الجلد التي يصعب الوصول إليها بواسطة المصاب لمدة أسبوعين سيزيل ذلك غالباً معظم الآفات. يجب الاهتمام بالمناطق التناسلية والعيون بسبب إمكانية التخريش الموضعي.

) " ومضادات الفطور الأخرى فعالة أيضاً لكنها Pevaryl sprayالازولات الموضعية مثل "الايكونازول (غالية الثمن.

المستحضرات الرذاذية أو الشامبو أسهل استخداماً من الكريمات أو المراهم.

مرة أو مرتين يومياً يطبق الدواء هو كل ما يطلب عادة لمدة أسابيع.

الستيرويدات القشرية موضعياً، قد تحسن الحالة مؤقتاً، ولكن لاينصح بها أبداً.

علاج حالات الفشل في المعالجة الموضعية يعود سببه إلى معاودة العدوى سواء بالانتان الذاتي أو من مصادر أخرى.

(109/1)

) فعال وسهل الاستعمال خاصة في المناطق الواسعة Pevaryl العلاج باستعمال الايكونازول ستيرات (الانتشار.

الايتراكونازول فموياً يستعمل بجرعة وحيدة من 400ملغ و الكيتوكونازول جرعته للبالغين 800 ـــ

1000ملغ هي جرعة فعالة. الأطفال يعطون جرعات أصغر بالاعتماد على أوزانهم.

المعالجة الفموية: 400ملغ من الفوكونازول (للبالغين) بجرعة وحيدة (ولمرة واحدة) أثبتت فعاليتها في معالجة النخالية المبرقشة.

هذه الأدوية غالية الثمن وبعض المرضى لايستطيعون تحمله. لذلك فإن العلاجات الموضعية غالباً ما تودي الغرض وتزيل الآفات خاصة إذا استعملت بطريقة صحيحة وإلى المدة الكافية. الآزولات الفموية يترك كاحتياط للحالات المتكررة من النخالية المبرقشة والغير مستجيبة للمعالجة الموضعية.

الأدوية المضادة للفطور فموياً لا ينصح بها دائماً للاستخدام الروتيني في النخالية المبرقشة حيث أن الآفات قد تزول بالمستحضرات الموضعية مثل الايكونازول كريم ــ ارذاذ ــ والشامبو لوحدة.

في الحالات الناكسة والمتكررة قد تكون المعالجة أطول أمداً والأفضل استخدام ايكونازول موضعي الــ (Pevaryl sachets) عبوة واحدة يفرك بمحتوياتها الجلد مرتين أسبوعياً لمدة شهر واحد ثم مرة واحدة أسبوعياً لمدة 3 شهور أو أكثر.

يجب أخذ الحيطة والحذر لمنع الانتان الذاتي أو المتكرر من المتماسين.

الفطار الشعري العقيدي

Piedra

انتان فطري يصيب الشعرة ويؤدي إلى تشكيل عقيدات سطحية على الشعرة المصابة. أكثر ما تصيب هذا النوع الفتيات الصغيرات وقد يحدث انتشار للمرض بين أفراد العائلة أو الأشخاص الملامسين لهم.

هذا النوع يحدث في البلدان المدارية ويصيب القرود بالإضافة للإنسان.

المظاهر السريرية :

يوجد نوعان من الفطار: الفطار الشعر السوداء (Black piedra) والبيضاء (White piedra) ، النجمية (Asteroid.) الشكل (

أنواع الفطور التي تسبب المرض هي: (Piedra hortae& Trichosporon beigelii .)

(110/1)

فطار الشعر السوداء:

يتميز هذا النوع بوجود عقيدات سوداء ملتصقة وقاسية تتألف من كتلة الخلايا الفطرية على جذع الشعرة،

حيث يسبب ذلك إلى تفتت وتقصف الشعر. يتراوح حجم العقد ما بين النوع الدقيق إلى 1/ ملم أو أكثر.

"White piedraفطارة الشعر الأبيض "

عقيدات بيضاء أو رمادية فاتحة ــ طرية على جذع الشعرة. الفطور تنمو داخل وخارج جسم الشعرة.

مثل النمط الأسود فإن الشعر قد يضعف ويتكسر. الجلد لا يصاب ولا يحدث ومضان بأشعة وود.

الانتانات الجهازية الناجمة عن البويغاء الشعرية قد تصيب بعض الأماكن مثل الكبد، والطحال، والقلب وأحياناً، يحدث عقيدات جلدية عميقة.

الشكل رقم 81: فطار الشعر الأبيض

طرق التشخيص :

المسحات:

خيوط فطرية مجهرياً، والأبواغ والخلايا التكاثرية يمكن إظهارها.

الزرع:

الفطور بطيئة النمو في المزارع، وتظهر سوداء وعاتمة وتكون عادة متكومة في المركز.

في زرع الفطور الشعرية تكون المستعمرات ذات نمو سريع وذات لون كريمي ومنكمشة، ثم تصبح منطوية بعمق (ذات شقوق عميقة).

طرق المعالجة:

العضويات المسببة النجمائية تكون مقاومة بشكل مدهش للأدوية المضادة للفطور مثل مجموعة الآزولات.

حلق أو تقصير الشعر هي طريقة غالباً فعالة للمعالجة.

ولمنع تكرار العدوى فإن مضادات الفطور مثل حمض البنزوئيك مرهم أو محلول 2000/1 من بيركلورايد الزئبق قد يطبق على الفروة بعد استخدام الشامبو .

(111/1)

الفصل الحادي عشر أنتانات الجلد الفيروسية

إن الفيروسات ذات بنية مختلفة ومكونات متنوعة ومظاهر سريرية وتشريحية مرضية مختلفة بشكل عام.

الفيروسات صغيرة جداً مما يمكنها عبور المراشح الجرثومية.

اعتبارات عامة :

الفيروسات الصغيرة تفتقر للجهاز الأنزيمي بينما الفيروسات الكبيرة مثل العضويات المسببة للتراخوما، الورم الحبيبي اللمفاوي الزهري تملك بعض الأنزيمات مما يجعلها قابلة للمعالجة بالمضادات الحيويه بينما الصغيرة فليس كذلك.

الفيروسات هي جراثيم داخل خلوية محيرة، الموقع الرئيسي للهجوم في الجلد هي الأدمة وهذا قد يسبب مظاهر موضعية أو جهازية تتنوع من آفات حمامية، تحوصل، تقرح، تندب، أو أعراض بنوية شديدة.

العقبول البسيط

Herpes Simplex

هو الانتان الفيروسي الأكثر شيوعاً. فيروس العقبول البسيط يسبب عادة التهابات متكررة حيث إن بعض المرضى يصبحون حاملين له.

العقبول البسيط هو مرض معدي وينتقل بواسطة طرق مختلفه مثل: التقبيل أو التماس مع آفات الأشخاص المصابين والمناديل الملوثة.

الصورة السريرية:

دور الحضانة هو من 4 ــ 5 أيام قد تكون الآفات جلدية أو جلدية مخاطية. الآفات البدئية قد تصيب أي عمر لكنها أكثر شيوعاً عند الأطفال بينما الولدان بعمر أقل من 4 شهور فإنه يملك أضداد منتقلة له من أمه ونادراً مايصاب.

معظم الحالات تحت سريرية أو بلا أعراض ظاهرة.

الانتانات البدئية والمتكررة معدية بشدة وتشفى تماماً لكن الفيروس قد يبقى في الخلايا لمدة سنوات.

تبدأ الأعراض بالإحساس بالحرقان أو التنميل بالمنطقة المصابة ثم يظهر بعض الحويصلات الصغيرة المتجمعة على قاعدة حمامية إذ تتمزق تلك بعد ذلك، وعادة تشفى خلال يومين أو أكثر.

قد يكون السير أطول عندما يحدث التهاب جرثومي ثانوي للآفات.

يتميز انتان العقبول باندفاع حاد لحويصلات متجمعة فوق قاعدة حمامية أكثر ماتظهر على الوصل الجلدي المخاطي.

الأعراض قد تكون خفيفة جداً وفي بعص الأحيان خطيرة وقد تكون قاتلة عند الولدان.

قد يكون الانتان بدائي بسيط عند الأشخاص الذين لديهم أضاد معادلة للفيروسات أو متكرر.

الشكل رقم 87ا : عقبول شفوي

الشكل رقم 87ب : عقبول شفوي

الشكل رقم 89: عقبول الشفة واللسان

الشكل رقم 88ا :مضاعفات الأكزيما بالهربس

الشكل رقم 88 ب:مضاعفات الأكزيما بالهربس

العقبول البسيط الولادي

Neonatal herpes simplex

) عند الولدان بشكل عام هو مرض خطير وذو وفيات عالية.HSVانتان فيروسات العقبول البسيط (

طريقة الانتقال:

بالتماس مع القناة التناسلية المصابة أثناء الولادة.IIانتقال العقبول البسيط نمط

انتان داخل الرحم بالعقبول البسيط قد يحدث بسبب كل من العبور عبر المشيمة أو الطريق الصاعد من الأعضاء التناسلية إذا كانت الأم مصابة بتمزق الأغشية مبكراً ولفترة طويلة.

التماس مع المناطق غير التناسلية الأمومية أو غير الأمومية.

المظاهر السريرية:

الآفات الجلدية هي حويصلات متجمعة أو مفصولة تظهر بشكل رئيسي على الفروة والوجه أحياناً حيث تحدث فقاعات معممة أو تقرحات جلدية واسعة بدون حويصلات سابقة لها.

الآفات الشافية قد تبدي ضمور أو تندب يشبه اغلال البشرة الفقاعي.

عندما يكتسب المرض أثناء الولادة فإن الآفات البدئية ذات ميل للظهور على الفروة حسب وضع الجنين أثناء الولادة وذلك بالوضع الراسي وعلى المنطقة ماحول الشرج في المجيء المقعدي.

الآفات الفموية شائعة أيضاً وتأخذ شكل تقرحات على اللسان والحنك واللثة ومخاطية الشدق.

إصابة الجملة العصبية المركزية:

قد تحدث الحالات القاتلة عندما ينتشر المرض حتى في حال العلاج المناسب بمضادات الفيروسات.

التشخيص الباكر والمعالجة الكافية الباكرة بالاسيكلوفير قد تقي الرضيع من انتشار الالتهابات الفيروسية.

أنواع العقبول البسيط:

النوع الأول: يسبب آفات جلدية وفموية، ونادراً تناسلية.

النوع الثاني: يسبب العقبول التناسلي.

(2/2)

الأشكال السريرية :

1. ـــ العقبول البسيط الأولي (البدئي):

تظهر الآفات الجلدية بشكل حويصلات متجمعة مؤلمة على قاعدة حمامية حول الفم، تتقرح مخلفة وراءها قرحة مؤلمة.

قد تظهر أشكال مختلفة من الآفات العقبولية مع صورة سريرية مختلفة حسب موضع الإصابة سواء كان ذلك في الجلد أو الأغشية المخاطية.

2. ـــ آفات الأغشية المخاطية:

هذا انتان شائع جداً في الأطفال الصغار بعمر ما بين 2 ـــ 5 سنوات. وعند الأطفال والبالغين إذ تبدأ الحالة بحمى وحدوث مفاجئ لآفات فموية مؤلمة تتقرح. قد يختلف التشخيص مع "ذباح فنسان" أو "الخناق) أو المرض الفقاعي Aphthous stomatitis) "أو القلاع الفموي(Vincents anginaفي اللسان (المتقرح Ulcerating bullous disease.(

الغشاء المخاطي يصبح أحمراً متورماً ومؤلماً مع تقرح.

وتلك الأعراض تعتبر علامات هامة جداً ورئيسية في تشخيص انتان العقبول للأغشية المخاطية.

الإصابة الواسعة للغشاء المخاطي للفم واللسان والبلعوم قد تتداخل مع التغذية ويصبح الطفل هزيلاً ومريضاً بشدة.

تبدي الآفات قرحات سطحية على قاعدة حمامية مغطاة بفتحة بيضاء وتتزف عند نزعها. ويسبب نزول اللعاب المدمي في الحالات الشديدة.

3. ـــ التهاب الفرج والمهبل العقبولي:

تظهر الآفات على الغشاء المخاطي للمهبل بشكل لطاخات ذات حواف محدودة ومؤلمة مع حويصلات على الجلد المجاور.

تضخم العقد اللمفية في الناحية الأربية.

الأعراض البنوية مثل الحمى والرعش قد ترافقه التهاب الفرج والمهبل العقبولي.

الالتهاب قد يزول خلال 10 أيام.

تكرر الآفات المخاطية غير شائع بينما آفات الجلد قد يتكرر محرضة بالحرارة والتعب والإنهاك والأمراض المهزلة.

العقبول التناسلي

(3/2)

قد يكون سبب العدوى نتيجة ملامسة المنطقه التناسليه بادوات ملوثه بالفيروس مثل المناشف الرطبه الملوثه او كراسي الحمام ا و من الام ادا كانت مصابه او يكون السبب من اتصال جنسي ويجب عدم اغفال ذلك اذ لا حظنا ان استعمال السائقين او الاختلاط حتى مع الاقارب كان من الاسباب الثي سجلت لمثل تلك العدوى ولهذا لابد للوالدين من اثخاذ الحذر والحيطه.

العلاج يكون بطرق مختلفه ولكن اسهلها واقلها تكلفه باستعمال مركبات البودوفيلين بتركيز 15% . يحضر في البنزوين . تدهن المنطقه بحذر مره كل بومين وتغسل بالماء يعد اربع ساعات وذلك لمد اسبوع الى اسبوعين حسب الحاله.

الشكل 100ا- ب: عقبول تناسيى(لطفله عمره 11شهر--قبل العلاج)

CHAPTER 11)(برجى مراجة الكتاب باللعه الانجليزيه لمزيد من التفاصيل

الشكل 100 ج. نفس الطفله بعد حواي اسبوع بعد علاجها بمركب البودوفيللين موضعيا بتركيز 20%

Fig.100.d&e.The same child after 10days(she was given mupericin cream (Bactroban cream) applied once daily for the exfoliated area(

الشكل 100 د-ه نفس الطفله وصفت لها كريم باكتروبان لمعالجة التسلخات او اي التهابات ثانويه

الشكل رقم 100 و : شفاء تام بعون الله والمنطقه طبيعيه دون ندبات او اي مضاعفات

(4/2)

ملاحظه هامه : لقد عانت هذه الطفله الكثير خلال الاربعة اشهر وهي تتردد من عياده الى اخرى وقد تعرضت لكثير من العلاجات وكان اخطرها العمليه الجراحيه لازالة الفيروس!!!!!! مما نتج عن ذلك انتشار المرض الى كامل المنطقه التناسليه وامتد الى الخلف ليشمل منطقة الشرج باكملها . وبالاضافه للمعاناه الصحيه والنفسيه والاجتماعيه لها ولوالديها فان العلاج كلفها اكثر من ثلاثة الاف دولار (كما ذكرت والدتها). هذه الطفله راجعتني وفعلا هالني المنظر الذي خلال الثلاثون عاما لم يصادفني هذا الوضع لطفلة في هذا العمر وللامانه وقفت حائرا اذ جائنى الوالدين برجاء ازالة الالتهاب بالليزر بناء على نصيحه من احد الاطباء. طبعا افهمت الوالدين بان ذلك سيزيد الامر تغقيدا بالاضافه الى الندبات التي قد تنشأ في هذه المنطقه الحساسه بالاضافه الى التكلفه الباهظه. وبفضل وتوفيق من الله وصفت لها مركب البودوفيلين في البنزوين وطلبت منه ان يراجع الصيدليه لتركيب الدواء(بالمناسبه كان ثمن الدواء لم يتجاوز بضعة دولارات) وقد مسحت المنطقه وافهمت الام ان تغسل ذلك بعد اربع ساعات وان تعيد استعمال العلاج كل يومين.

بعد اسبوع راجعتني الطفله(حسب الصوره الموضحه اعلاه) وكم فوجئت بالنتيجه والتوفيق والشفاء من الله . ما اود ان اوكد عليه واذكر نفسي دوما والزملاء الافاضل انه يجب علينا ان نتحمل هذه الامانه واننا والله لمسئولين ومحاسبين عليها. علينا ان نبذل كل ما نستطيع من اجل المريض لمعالجته بايسر وارخص الوسائل.

سائلين المولى العون والشفاء.....................................(المؤلف : الدكتور محمود حجازي)

(Human papillomavirus HPVالعقبول التناسلي يسببه الفيروس الاكثر انتشارا (--

بالاضافه لمركبات البودوفيللين فيتوفر في بعض الاسواق مركبات اخرى قد تودي نفس النتيجه ولكنها اغلى ثمنا هذا اذا توفرت.

(5/2)

(Immiquinol--Aldara cream and Podofilix--Condylox gel%0.5من هذه المركبات

(4Eczema herpeticum. ــ الأكزيما العقبولية الإندفاع حماقي الشكل الكابوزي : (

هو انتان بدئي العقبول البسيط عند الأطفال والرضع المصابين بالأكزيما التأبتية الناجم عن حقن المنطقة

التأتيبية بلقاح فيروسي، هذه الحالة قد تكون شديدة جداً وحتى قاتلة.

المظاهر السريرية:

ظهور مفاجئ لاندفاع حماقي الشكل مسرر على مواقع مصابة سابقاً بالأكزيما التأبيتية.

الحويصلات قد تكون نزفية أو مصابة بالتهاب جرثومي ثانوي مسببةً أعراضاً بنوية شديدة مثل الحمي واعتلال العقد اللمفية.

قد تستمر الحويصلات في الظهور أثناء سير المرض حتى تتشكل أضداد معدلة كافية حيث تصبح الأعراض أقل حدة مع سير أقصر في بعض الحالات وتسمى "الشكل المجهض".

ملاحظة: يجب ملاحظة تأجيل تلقيح الأطفال حتى يتم الشفاء من الالتهاب الفيروسي إذ أنه في الأطفال والرضع المصابين بأكزيما عقبولية قد يكون خطر التلقيح أكثر من خطر انتان الحماق.

" 5Fatal viraemia. ـــ تحمم الدم (الفيرمية) القاتلة (الانتان المعمم عند الوليد) "

هو مرض فيروسي جهازي يبدأ في الأسبوع الأول من الحياة، وهذا يتظاهر بحمي وحرارة تحت الدرجة الطبيعية، زرقة، ضخامة كبدية طحالية، إصابة كلوية وكظرية إلى جانب الإصابة الجلدية.

" بسبب انتان الأم بالعقبول IIهي آفة عقبولية شديدة وقاتلة عند الوليد تحدث بسبب فيروس العقبول نمط " التناسلي.

عندما تكون الأم مصابة بالعقبول التناسلي أثناء المخاض فإن هناك استطباب قوي للولادة بالقيصرية.

"العقبولي :6Whitlow. ـــ الـــ "

قد يدخل الفيروس العقبولي من الجرح.

تحوصل وتقرح يظهران على المنطقة المصابة.

يجب الحذر وذلك بعدم شق الجرح بسبب أن التماس مع الحويصلات معدي والحالة محددة لنفسها وتسبب أعراض قليلة.

" 7Herpetic kerato-conjunctivitis. ـــ التهاب القرنية والملتحمة العقبولي:"

قد يصيب العقبول البسيط العينين مسبباً قرحات قرنية أو التهاب قرنية أو التهاب ملتحمة وقرنية. الجلد المجاور في الأجفان قد يبدي حويصلات عقبولية وتقرحات.

"8Herpes progenitalis. ــ العقبول التناسلي: "

هو مرض فيروسي ــ منتقل بالجنس. تبدأ الحالة بالإحساس بالحرقان ووخز على الجلد المصاب يتلوه ظهور حويصلات صغيرة تميل للتقرح. السير قصير لكن التكرار شائع في نفس الموقع أو قريب من المنطقة التناسلية.

المكان الأشيع إصابة هو القضيب والصفن عند الذكور، الفرج أو المهبل عند الإناث.

الأمهات المصابات قد ينقلن المرض إلى أولادهن أثناء المخاض.

" 9Ano-genital herpes: ــ العقبول الشرجي التناسلي عند الرضع والأطفال"

له عدة أسباب محتملة. يجب الأخذ بعين الاعتبار إمكانية الملامسة الجنسية حتى ولو كانوا أطفالاً، حيث أن القصة المرضية الشاملة والاستقصاءات ضرورية لتحديد طريقة الانتان.

الانتان المباشر من قسم المواليد ــ من الأمهات من الخادمات أو غيرهم غير مستبعد وقد تكون تلك واحدة من الأسباب المحتملة.

(10Central nervous system herpetic infection. ــ انتان الجملة العصبية المركزية العقبولي:)

نادراً مايدخل فيروس العقبول إلى الجملة العصبية المركزية محدثاً التهاب الدماغ أو تخريش سحائي وآفات العصب القحفي مع علامات عصبية بؤرية وسبات. الحالة قد تكون قاتلة.

(11Recurrent herpes simplex: ــ العقبول البسيط المتكرر)

واحد من المظاهر المميزة للعقبول البسيط هو ميله للنكس والتكرار. يعتقد أن فيروس العقبول يصبح كامناً في النسج ويثور عندما يكون هناك عوامل مؤهبة. العقبول البسيط له استعداد عائلي والانتان الفيروسي لايسبب مناعة دائمة مثل معظم الفيروسات.

تكرر هجمة العقبول تصيب عادة نفس المكان السابق أو المناطق القريبة منها.

(7/2)

تكرر الآفات قد يحرض بعدة عوامل مثل الزكام ــ الحمي ــ أشعة الشمس القوية ــ الإضطرابات النفسية ــ الاكتئاب ــ الاضطرابات المعدية المعوية ــ الطمث. غالباً جميع الأشخاص لديهم هجمة عقبول بسيط خلال حياتهم.

تشخيص العقبول البسيط:

الصورة السريرية:

مسحة من قاعدة وسقف الحويصلات يظهر خلايا عرطلة وعديدة النوى وأجسام شبه خالية.

المجهر الإلكتروني يبدي خلايا الفيروسات (الفيونات) داخل الخلايا المميزة للآفات العقبولية.

أضداد ومضانية مباشرة .

الأضداد المعدلة تبدي ارتفاع عيارها في الآفات العقبول الأولية.

لفيروسات العقبول الأولية.IGMأضداد الـــ

الزرع غالي ونادراً ما يحتاج له.

المعالجة:

يجب ملاحظة عدم وضع الستيرويدات القشرية موضعياً على الالتهابات الفيروسية حيث أنه قد يسبب ثوران الآفات وتثبيط الأنترفيرون المصلي.

الاندفاع غير المختلط الخفيف: هذه الحالة لاتحتاج لعلاج.

الآفات الجلدية المخاطية يمكن أن تعالج ببساطة بمحلول 10% استيات الألمنيوم أو برمنغات البوتاسيوم 8000/1 تستعمل كمادات لتنشيف الآفات.

) كل 4 ساعات كافي عادة في الآفات الأولية وغير Zovirax cream)موضعياً: (Acyclovirاسيكلوفير (المتكررة. اسيكلوفير موضعياً ذو قيمة لالتهاب القرنية العقبولي.

الاسيكلوفير داخلاً: هي معالجة الانتان العقبول البسيط الشديد. يجب أن تبدأ المعالجة بأسرع مايمكن.

الجرعة الإعتيادية هي 5ملغ /كلغ كل 8 ساعات وريدياً.

في العقبول عند الوليد التهاب الدماغ: يلزم ضعف الجرعة السابقة، وحيث أن الدواء يطرح عبر الكلية فإن الجرعة يجب أن تخفض في القصور الكلوي. الارتفاع العابر في البولة الدموية والكرياتين قد يحدث.

ينصح باستعمال طريقة التسريب البطيء خلال ساعة واحدة.

عند المريض ذو المناعة المشبطة: العقبول البسيط الجلدي المخاطي يستجيب بشكل جيد للاسيكلوفير الوريدي.

(8/2)

يمكن الوقاية من المرض بالاسيكلوفير فموياً أو وريدياً الذي يجب أن يبدأ قبل تثبيط المناعة المحرض بعدة أيام ويستمر طول فترة الخطر العالي.

الخطورة عند الوضع: خطر حدوث العقبول البسيط عند الرضيع من التهاب الفرج والمهبل البدئي عند الأم أثناء الولادة كبير جداً لذلك تستدعي الولادة القيصرية والاسيكلوفير وقائياً يجب أن يعطى للوليد.

(الاسيكلوفير فموياً: Zovirax tablets, 200, 800mgm). ثبت قيمة هذه المركبات سريرياً ضد العقبول البسيط وفيروسات الحلأ النطاقي رغم أن الأخير أقل حساسية له.

جرعة البالغ العادية هي 200 ملغ فموياً خمس مرات يومياً، أما تركيز 800 ملغ، يعطى مرتين يومياً وقد تستعمل بنجاح. الدواء يعطى لمدة 5 أيام أو أكثر.

الاسيكلوفير فعال في الأكزيما العقبولية والعقبول الولادي حيث قد يخفض ذلك نسبة الوفيات وتكرار المرض في التهاب الدماغ العقبولي.

الهجمات المتكررة من العقبول البسيط:

الاندفاعات البدئية للعقبول التناسلي يتحسن بشكل كبير بواسطة اسيكلوفير فموي لكن الانتانات المتكررة تستجيب بشكل أقل.

الجرعات الوقائية تتراوح مابين 200 ملغ و1000 ملغ يومياً / جرعة البالغين /.

النظام النموذجي المتبع هو 400 ملغ مرتين يومياً تخفض تدريجياً للوصول إلى الجرعة الفعالة بالنسبة للمريض.

الوقاية من العوامل المؤهبة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار.

معالجة التكررات الأكثر شدة عند البالغين على كل حال، تكون سيئة جداً في مثل هذه الحالات من المهم أن تستخدم حبوب الاسيكلوفير لفترة أطول بجرعات متناقصة قد تستمر لعدة شهور.

النظام الذي استخدمه عادة في كل الحالات هو:

(9/2)

---

5 حبات 200 ملغ يومياً لمدة 5 أيام ثم 3 حبات يومياً لمدة 5 أيام أخرى ثم حبتان يومياً لمدة 5 أيام أخرى. حبة يومياً لمدة 5 أيام ثم حبة مرتين أسبوعياً لمدة شهر ثم حبة أسبوعياً لمدة 3 شهور. لقد جربت هذا النظام وكانت النتائج مشجعة في الحالات المتكررة الشديدة من العقبول خاصة النمط (II)

الانترفيرون: قد يكون ذو فعالية في العقبول المتكرر.

طرق أخرى مسجلة تشمل السرفاكتانت موضعي والمعالجة القرية.

يُستعمل الفيدارابين أو الفوسفونوفورميت جهازياً للحالات الحادة الشديدة من أنتان العقبول البسيط المعندة على الاسيكلوفير.

الحزام النارى / الحلأ النطاقي

Herpes Zoster

هو اندفاع فيروسي حويصلي ينجم عن الفيروس الحماقي Varicella - Zoster Virus

يعتقد أن مناعة متبادلة موجودة بين كل من المرضين: الطفل المصاب بالحماق (جدري الماء ــ الجديري) تتولد لديه مناعة ضد الحزام الناري والعكس بالعكس.

الشكل رقم 90ا-: الحزام الناري

الشكل رقم 91: الحزام الناري (الحلأ النطاقي)

الشكل رقم 90ب-: الحزام الناري

الصورة السريرية:

فترة الحضانة: 1ــ2 أسبوع إذ أن الاندفاع ذو بدء حاد وسريع وحيد الجانب عادة ويظهر على طول خطوط الأعصاب. الآفات تسبق بأعراض بادرية مثل حمى معتدلة، ألم، حرقان وكذلك وخز في مكان الانتان.

حويصلات متجمعة صافية على قاعدة حمامية تظهر وتصبح قيحية وتتمزق بشكل متأخر.

التندب في مكان الآفة البدئية عادة تلو الشفاء.

في الأطفال الصورة السريرية قد تتظاهر بارتكاس يشبه الحمامي عديدة الأشكال يتميز بظهور مفاجئ لحطاطات حمراء مدورة.

الحمامي عديد الأشكال قد تنكس في الربيع أو تتحرض بالتعرض لأشعة الشمس أو بعد المعالجة بالستيرويدات القشرية.

الألم العصبي مابعد الحزام الناري قد يظهر بعد شفاء الآفات ويترافق مع ألم شديد يستمر لفترة طويلة.

آفات الحلأ النطاقي عادة تكون موضعية ولكن الاندفاع المعمم قد يحدث مع الأمراض المزمنة المنهكة مثل اللمفومات الخبيثة.

المضاعفات:

" الآفات النطاقية خاصة في المريض المنهك.Gangraneالموات ":

التهاب نسيج خلوي وآفات بثرية ناجم عن الانتان الجرثومي الثانوي.

التهاب القرنية الملتحمة في الآفات العينية: التندب والعمى ينجمان عن إصابة العين المترقية.

" الناجم عن اضطراب المخيخ هو اختلاط نادر.Ataxiaالتهاب الدماغ والرنح "

التهاب الرئة: سعال، الزلة التنفسية. الزرقة، عقد تكلسية متناثرة في الرئة.

الألم العصبي مابعد الشفاء: هو اختلاط غير شائع أحياناً يكون شديد أو يستمر لفترة طويلة مسبباً ألماً معقداً.

طرق المعالجة:

برمنغنات البوتاسيوم كمادات 8000/1 يمكن أن تجفف الآفات النازة.

) كريم يطبق كل 4 ساعات.Zoviraxاسيكلوفير موضعي (

يجب استخدام القفازات التي تستعمل لمرة واحدة عند تطبيق الكريم بالأصابع.

اسيكلوفير فموي: جرعة الكبار 200 ملغ 5 مرات يومياً لمدة خمس أيام أو 800 ملغ مرتين يومياً.

250 ملغ 3 مرات يومياً فعال أيضاً. (Faciclovirالفاسيكلوفير)

1000ملغ ثلاث مرات (Valacyclovirالمستحضرات المضادة للفيروسات الأخرى مثل الفالاسيكلوفير) يومياً لمدة أسبوع. كل هذه الجرعات السابقة هي جرعات البالغين.

جرعة الأطفال: تعتمد على وزن الجسم، الأعمار الأصغر يمكن إعطاءهم اسيكلوفير بجرعة 5 ملغ / كلغ / يوم.

المسكنات القوية: قد تكون ضرورية لمنع الألم الشديد.

قد تفيد في منع حدوث الألم العصبي لاحقاً.Bجرعات كبيرة من فيتامينات

) : يعتقد أنه يخفف الألم العصبي مابعد شفاء الالتهابات Depot Medrol 40mgحقن الستيرويد مثل (الجلدي للحزام الناري إذا أعطي باكراً . الأطفال قد يعطون 10ملغ ديبوميدرول كجرعة وحيدة في المرحلة الباكرة من المرض.

الستيرويدات موضعياً يمنع بتاتاً استعمالها في أمراض الجلد الفيروسية.

الحلأ النطاقي الولادي

)Congenital herpes zoster(

الحلأ النطاقي المكتسب ولادياً عند المواليد يحدث بسبب الانتقال عبر المشيمة للفيروس الحماقي النطاقي . تلك مشكلة خطيرة قد تؤدي إلى تشوهات خلقية إذ قد يعبر الحماق النطاقي Varicella zoster virus عبر المشيمة.

المظاهر التي تبدو بعد الولادة مباشرة هي الندبات الجلدية، تشوهات الأطراف والعين، المظاهر شديدة إذا كان الانتان يحدث في أواخر الحمل.

طرق المعالجة:

يعطى الأسيكلوفير بجرعة 1000 ملغ/ يوم فموياً لمدة خمس أيام.

الاسيكلوفير موضعياً يطبق على الجلد أو الآفات العينية بشكل متكرر.

جدري الماء / الجديري

Chicken Pox

" Varicella zoster virusهو مرض فيروسي شديد الانتشار يحدث بسبب فيروس الحماق النطاقي" ويصيب الأطفال على الأخص بدرجة كبيرة. الطفح ذو توزع مركزي وتلك من مميزات المرض إذ يحدث على شكل انتانات منتشرة أو بشكل جانحات خاصة في المدارس والأماكن المزدحمة. عادة يعطي الحماق داء المنطقة مناعة دائمة حيث إن داء المنطقة يحدث مناعة بعد الإصابة بالحماق.

الصورة السريرية:

دور الحضانة من 1- 2 أسبوع. العدوى تحدث بالقطيرات أو الرذاذ الصادر من المصابين عند العطس أو السعال وكذلك بالملامسة المباشرة مع الآفة أو من أدوات المريض الشخصية الملوثة.

المظاهر الجهازية :

يتظاهر المرض بهجمة خفيفة مع احتقان البلعوم ـــ الحمى والصداع وتستمر تلك الأعراض من 2ـــ3 أيام إذ يظهر الطفح الجلدي المميز بعدها على جلد الجذع والأغشية المخاطية ويصبح بعد ذلك معمماً.

المظاهر الجلدية:

يتظاهر المرض بلطخات حمامية وحويصلات وبثور حيث تتمزق مخلفة ورائها آفات منتشرة. الطفح عديد الأشكال إذ أن المراحل تكون مختلفة الأنواع من الطفح: لطاخي، حويصلي وبثري وبأحجام مختلفة توجد

في نفس الوقت.

القشور يمكن أن تنفصل بعد أسبوع تاركة ورائها ندبات شديدة وفرط التصبغ خاصة في المرضى ذوي البشرة الداكنة.

(12/2)

الآفات ذات توزع مركزي مميز على الجذع أكثر من الأطراف.

الحكة خفيفة وقد تكون شديدة في بعض الحالات.

الاختلاطات:

الصورة السريرية قد تكون خفيفة لكنها قد تكون شديدة خاصة عند البالغين، إذ تصيب الجلد والأغشية المخاطية المترافقة مع حمى وأعراض بنيوية شديدة مثل: التهاب الدماغ – التهاب السحايا وذات الرئة وكلها اختلاطات غير شائعة ولكنها قد تحدث في بعض الحالات.

الشكل رقم 92: الحماق (جدري الماء)

الشكل رقم 93: الحماق

الشكل رقم 94: الحماق

الشكل رقم 95: الحماق

التشخيص:

يعتمد تشخيص الحماق على عدة معايير أهمها:

الصورة السريرية النموذجية.

التوزع المركزي للآفات.

الاندفاع مختلف الأنواع والأشكال والأحجام.

الاستقصائات المخبرية.

التشخيص التفريقي:

الجدري

الاكزيما العقبولية

القوباء الفقاعية

الاندفاع الدوائي

طرق المعالجة:

يجب عدم ذهاب الطفل إلى المدرسة إلى أن يتم الشفاء التام ولايظهر أي قشور على سطح الجاد.

الحالات الخفيفة يمكن معالجتها بطرق بسيطة:

) : يستعمل بشكل شائع لتخفيف الآفات والحكة، ولكن استخدامه المفرط Calamin lotionمحلول كالامينا(قد يسبب مزيداً من الجفاف للجلد وبالتالي يضاعف من الحكة.

" ويعطي عادة نتائج جيدة.Droxaryl creamنفضل استعمال مركب بوفيكساماك"

الآفات الرطبة: تعالج بكمادات برمنجنات البوناسيوم 1 :9000 مرتين يومياً وكريم الدروكساريل يطبق بعد البرمنجنات. هذا المستحضر وجدنا أنه ذو تأثير فعال.

مضادات الهستامين بالفم لمعالجة الحكة قد تلزم في بعض الأحيان:

في الحالات الشديدة خاصة عند البالغين: قد يتطلب الأمر لعزل المصاب والاستشفاء حتى تتم السيطرة على الاختلاطات والأعراض الشديدة المرافقة.

الحماق الولادي

Neonatal Varicella

إن خطورة عدوى المولود التي قد تكون مميته تحدث عندما تصاب الأم الحامل قبل ثلاثة شهور من الولادة.

المظاهر السريرية:

(13/2)

تعتمد شدة وأعراض ومضاعفات المرض على بداية ظهوره بالأم والطفل:

1ـــ الانتان قبل الولادة

أ. انتان الوليد الخفيف: الانتان عادة خفيف إذا كانت البداية عند الأم في الأسبوع الأول قبل الولادة وخلال الأيام الأربعة الأولى من العمر عند الوليد.

ب. انتان الوليد الشديد والمنتشر: قد يحدث إذا أصيبت الأم بالانتان في خلال الأيام الأربعة قبل الولادة والوليد يصاب بالانتان في الأيام 5ـــ10 من الولادة. الانتان يحتمل أن يكون منتشراً وشديداً مع إصابة

الرئتين والكبد والدماغ في هذه الحالات يوجد عادة معدل وفيات عالي.

ج. تناذر الحماق الولادي: انتان الحماق داخل الرحم في الثلث الأول من الحمل قد يؤدي إلى ترافق متميز من التشوهات عند الوليد يعرف باسم "تناذر الحماق الولادي" إذ قد يظهر نقص تصنع الأطراف وتندب جلدي يشبه داء المنطقة وهي مظاهر شائعة.

2. ــ الانتان بعد الولادة:

الحماق المكتسب بعد الولادة قد يكون أكثر شدة في الحالات التالية:

إذا حدث تعرض للمرض في الأيام الأولى من الحياة خاصة عند الأطفال الرضع لأمهات لم يصبن سابقاً ولذلك لكونها لا تملك مناعة منفعلة.

الولدان الخدج اللذين لم يكملوا فترة الحمل قد يكون لديهم مناعة منفعلة قليلة قد إنتقلت إليهم.

المظاهر العامة:

صداع ــ غثيان ــ إقياء ــ حمى ــ صلابة بالرقبة ونادراً تشنجات.

إصابة الجملة العصبية المركزية تحدث في أقل من 1% من الحالات في الحماق الرسخ المخيخي ومظاهر شبه ــ باركنسون هي المظاهر والعلامات العصبية الأكثر شيوعاً.

المظاهر الجلدية:

كما في الحماق العادي في الأعمار المختلفة، الآفات قد تكون حادة والطفح أكثر انتشاراً وتوزعاً.

التشخيص:

التفريق بين حماق الوليد وانتان العقبول البسيط يؤكد فقط بالزرع الفيروسي.

تاريخ مرضي بالعقبول التناسلي عند الأم.

وجود التهاب قرنية وملتحمة بالعين.

الآفات الفموية العقبولية النموذجية.

المعالجة:

قد تكون الحالة خطيرة وتهدد حياة الرضيع.

(14/2)

نقل المريض إلى المستشفى والتمريض بالعناية المناسبة ذات أهمية قصوى.

) يجب Gamma globulin) أوغاما غلوبين(Zoster-immune globulinالغلوبين المناعي النوعي (
أن يعطى للوليد الذي يولد لأي أم أصيبت بالحماق خلال الأربع أيام الأخيرة من الحمل.

الطفوح الانتانية

The Infectious Exanthemas

تشمل الطفحيات الانتانية الأمراض الفيروسية التي تتميز بآفات طفحية جلدية وحمى ومظاهر جهازية. قد تمر الحالة بدون أن تؤثر على صحة الطفل أو قد تكون شديدة وتهدد حياته بالخطر.

تشمل الطفحيات بشكل رئيسي الحصبة ــ الحصبة الألمانية ــ الوردية ــ داء وحيدات النوى الانتاني.

الحصبة

Measles

هو مرض فيروسي مستوطن، معظم الناس قد أصيبوا بالمرض، وهو معدي أثناء الطور البادري الذي يتلوه الطفح الجلدي.

المظاهر السريرية:

المظاهر البادرية :

فترة الحضانة 2 ــ 3 أسابيع، تبدأ الآفات ببداية الحمى حتى 39مْ، صداع، دعث ألم حلقي، زكام، التهاب ملتحمة، الأعراض الباكرة غير مميزة في البداية وقد تختلط مع الأنفلونزا.

الأعراض تزول عند ظهور الطفح.

المظاهر الجلدية:

تبدأ بعد عدة أيام من الطور البادري حيث تصبح الأعراض أكثر شدة والطفل يكون في حالات اعتلال شديدة.

يظهر الطفح أولاً على الجبهة وهو أكثر كثافة خلف الأذنين وأخيراً يصيب الوجه والجذع والأطراف ثم الحرارة تعود طبيعي بعد انتشار الطفح.

إصابة الأغشية المخاطية:

) التي تظهر بشكل آفات Koplik's spotsإحدى المميزات الرئيسية للحصبة هي ظهور بقع كوبليك (بيضاء مزرقة على قاعدة حمامية حول فتحات الأقنية النكفية وأحياناً على الشفة السفلية.

التهاب الملتحمة والخوف والمضايقة من الضياء هو مظهر شائع للحصبة.

اعتلال العقد اللمفية قد يوجد لكن عادة ليس مظهراً مميزاً.

الحالات الشديدة قد تبدي اختلاطات خطيرة مثل التهاب الدماغ.

طرق المعالجة:

هناك عدة خطوط للمعالجة بشكل عام وتشمل مايلي:

المعالجة الملطفة:

راحة في السرير والوقاية من العرضة لأشعة الشمس القوية.

علاج الأعراض خاصة للسعال.

المضادات الحيوية إذا كان هناك انتان جرثومي ثانوي.

الستيرويدات القشرية قد نحتاج لها في الحالات المصابة بالتهاب الدماغ.

الطعام الخفيف والسوائل تعطى خاصة أثناء الطور البادري.

المعالجة بالمستشفى في الحالات الشديدة والمختلطة للحصبة حيث يمكن إعطاء غلوبين البلازما المركزة.

الحصبة الألمانية

Rubella

هو مرض طفحي خفيف جداً، إذا أصيبت به الحامل أثناء الثلث الأول للحمل فإنه قد تحدث تشوهات خطيرة في الجنين مثل الصمم، التشوهات القلبية، الساد العيني، صغر الرأس وتشوهات الأسنان. لذلك يلزم الإسقاط الطبي عادة إذا أثبت وجود التشوهات.

المظاهر السريرية :

المظاهر البادرية :

قد تكون خفيفة جداً وعادة تمر بدون أن يلاحظها أحد.

يبدأ تضخم وإيلام العقد اللمفوية في اليوم (5ــ7) قبل ظهور الطفح. الضخامة معممة ولكنها تُصيب بشكل خاص العقد القفوية وحول الأذن والرقبة ولكن ذلك غير مميز للحصبة الألمانية.

يزول الألم في العقد اللمفاوية بعد يوم أو يومين لكن الضخامة للعقد اللمفاوية قد تستمر لعدة أسابيع.

المظاهر السريرية الجلدية:

يتألف الاندفاع الجلدي من لطخات زهرية مدورة وناعمة صغيرة تظهر على الوجه والرأس والجذع

وتستمر لمدة (2ــ3 أيام) ثم تزول.

مظاهر الأغشية المخاطية:

قد تظهر بقع حمراء أو دموية قاتمة على الحنك الرخو، لكن بقع كوبليك غير موجودة.

الاختلاطات :

التهاب المفاصل: يصيب المفاصل الصغيرة في اليدين والقدمين والركبتين والمرفقين والكتفين.

البرفرية: نقص الصفيحات أو بدون نقص صفيحات.

التهاب الدماغ نادر جداً.

المعالجة:

(16/2)

عادة تتحسن الحالة خلال عدة أيام ولا تحتاج لمعالجة. التطعيم (اللقاح) بفيروس الحصبة الألمانية للنساء في سن الإنجاب ضروري جداً ويجب الحذر بأن تكون المرأة غير حامل وينصح بإجراء التطعيم في اليوم الثالث من الدورة الشهرية حتى يكون هناك التأكد من عدم الحمل وإجراء أيضاً فحص تحليلي للحمل.

الحصبة الألمانية الولادية

Congenital rubella

الأم المصابة بالحصبة الألمانية أثناء الثلث الأول من الحمل قد تلد طفلاً مصاباً بتناذر ثلاثي يتألف من:

)ساد خلقيCongenital cataract(

فتحات قلبية

صمم

المظاهر الجلدية:

هي من بين المظاهر الأكثر بروزاً للحصبة الألمانية الولادية.

المظاهر الجلدية النموذجية تظهر عند الولادة أو خلال 48ساعة الأولى من الحياة.

الطفح الجلدي هو لطاخة حمراء أو أرجوانية مدورة متناثرة بقطر 3ــ8 ملم وبشكل رئيسي تصيب الوجه ــ الفروة ــ الظهر ــ العنق والجذع.

قد تكون الآفات أحياناً مرتفعه قليلاً وتميل للإستمرار والانتشار خلال عدة أسابيع. هذه الآفات قد توصف

غالباً بشكل (برفريات) وقد تعود أحياناً لنقص الصفيحات وهو مظهر شائع آخر من الحصبة الألمانية الولادية.

المظاهر الجهازية:

الانتان المنتشر للحصبة الألمانية يحدث نقص نمو داخل الرحم وصغر الرأس وصغر العين وتنوع واسع من المظاهر الخطيرة الأخرى.

العلاج:

لايوجد معالجة نوعية.

المعالجة العرضية من أجل المظاهر المرافقة.

الحصبة الألمانية أثناء الحمل

هي مشكلة خطيرة خاصة إذا حدث الانتان في الثلث الأول من الحمل فإن المضاعفات تكون خطيرة في الغالب على الجنين إذ أن خطر تشوهات الجنين تحدث في معظم الحالات.

الانتان داخل الرحم يؤدي إلى تشوهات الجنين.

أذية القلب والعين هي الأكثر شيوعاً عند الجنين المصاب تحت عمر 6 أسابيع.

الصمم والتخلف العقلي يحدث عند الجنين في كل الأعمار حتى حوالي 16 أسبوع.

(17/2)

التخلف العقلي وصغر الرأس قد لايظهر حتى مرور السنة أو أكثر بعد الانتان داخل الرحم.

الوردية

Roseola

هي مرض فيروسي طفحي يصيب الأطفال الصغار والولدان.

المظاهر السريرية :

المظاهر المبكرة:

يظهر المرض بمظاهر مختلفة صاخبة مثل الحمى ــ الاختلاجات. واعتلال العقد اللمفية. والطفل قد يكون مريضاً بشدة.

في اليوم الرابع والخامس تهبط الحرارة فجأة وتتحسن حالة الطفل العامة حيث يصبح نشيطاً وتزداد شهيته

للطعام .

المظاهر الجلدية:

تظهر لطاخات متناثرة وردية اللون بعد هبوط الحرارة. الأماكن الشائعة للطفح هي الجذع، العنق، الأرداف، الأطراف وأقل انتشاراً على الوجه. قد يستمر الطفح لعدة أيام حيث يزول تدريجياً.

لانصباب الأغشية المخاطية .

الوردية الطفلية

Roseola infantum

هي مرض طفحي شائع يصيب الرضع والأطفال الصغار غالباً خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، ويعتقد أنه ناجم عن فيروس كوكساكي.

دور الحضانة حوالي 10 أيام ويتميز ببداية مفاجئة لحمي عالية تغيب مع بداية الاندفاع الجلدي.

المظاهر السريرية:

المظاهر البادرية :

حمي عالية ــ اختلاجات.

انخفاض مفاجئ للحرارة.

خلال أربعة أيام الطفل الذي كان مريضاً بشدة يستعيد نشاطه.

المظاهر الجلدية:

يظهر الاندفاع الجلدي عندما تبدأ الحرارة بالغياب.

الوذمة حول الحجاج والتبول الدموية هي مظاهر باكرة عادة.

الطفح الجلدي هو حمامي حصبية الشكل يتألف من حطاطات لطاخية زهرية اللون متناثرة وأول ماتظهر على الجذع مع إصابة خفيفة للوجه. قد تصبح منتشرة حيث تنتشر إلى العنق والذراعين والساقين.

بعد 1ــ2 يوم فإن الطفح يتلاشي بدون تندب أو تصبغ.

الأغشية المخاطية، يعف عنها الطفح.

العقد اللمفية الرقبية والقفوية عادة تتضخم.

المظاهر العامة:

مثل الاختلاجات الحرورية ــ التشنجات لكن التهاب الدماغ نادر.

التشخيص التفريقي:

قد تتشابه الوردية مع عدة حالات جلدية مثل الحصبة والاندفاع الدوائي.

يمكن تفريق الوردية عن الحصبة بغياب الأعراض التنفسية البادرية، وتوزيع الاندفاع وغياب بقع كوبليك.

الجدري

Small Pox

هو مرض فيروسي معدي بشدة ذو معدل وفيات عالي جداً ويحدث بشكل أوبئة. عدة سلالات من فيروسات الجدري ذات تنوعات مختلفة ومظاهر سريرية متنوعة.

المظاهر السريرية:

الصور السريرية للجدري متنوعة جداً، فترة الحضانة حوالي 12 يوم.

المظاهر الجلدية:

قد تبدي المظاهر الجلدية أفات نزفية بثرية بشعة أو الحمامي عديدة الأشكال.

البداية المفاجئة للحمى والدعث مع آفات حطاطية أو حويصلية أو بثرية أو متقشرة تصيب عادة الوجه والأطراف والراحتين والأخمصين.

قد يحدث انتان جرثومي ثانوي وانتان قيحي ثانوي في الجلد.

ذات القصبات والرئة.

قرحات قرنية العين.

التهاب الدماغ.

التشخيص:

الفحص المجهري لكشاطة جلدية من الحويصلات الحدثية تبدي أجسام بدائية.

الفحص بالمجهر الإلكتروني

زرع الكشاطات أو محتويات الحويصلات

(Complement fixation test.اختبار تثبيت المتممة)

المعالجة:

لايوجد علاج نوعي للجدري

تعزل الحالات في مشفى الجدري النوعي

الحالات المختلطة بأنتان ثانوي تستفيد من المضادات الحيوية.

الستيرويدات القشرية قد يكون لها قيمة في التهاب الدماغ.

معالجة الأعراض:

الوسائل الوقائية بلقاح الجدري

على كل حال فإن تلقيح الأطفال غير ضروري في المناطق التي استؤصل منها المرض بينما في بعض المناطق الموبوءة بالجدري فإن اللقاح ضروري.

اللقاحية

Vaccinia

فيروس اللقاحية هو فيروس جدري البقر المضعف الذي يحضر في مخابر اللقاح الجدري.

آفات الجلد تنجم عن فيروس اللقاحية الناجم عن اختلاطات اللقاح ضد الجدري.

تظهر المظاهر بصور سريرية متعددة:

"الحطاطةImmediate response or immune response استجابة مفاجئة أو استجابة مناعية: "

تظهر مباشرة بعد اللقاح وتزول بعد اليوم الثالث من اللقاح.

(19/2)

"في اليوم الثالث من اللقاح تظهر حطاطة وتصبح حويصلات Primary responseالاستجابة البدائية: "

في اليوم التاسع ثم تتحول إلى بثرة، وتترافق مع اعتلال العقد اللمفية المجاورة.

" تظهر حطاطة في اليوم الخامس وثم تشكل حويصلة صغيرة Accelerated responseاستجابة سريعة:"

تزول عادة في اليوم التاسع.

"اندفاع حطاطي حويصلي معمم بعد 10 أيام من اللقاح ثم Generalized vaccinaاللقاحية المعممة:"

تتحول إلى شكل بثري وقد يزول خلال 3 أسابيع حيث يتلوها أحياناً مجموعات متتابعة.

التهاب شبكية العين:

"هي نفس الأكزيما العقبولية التي تحدث مع العقبول البسيط Eczema vaccinatumالأكزيما اللقاحية:"

الناجمة عن حقن اللقاح في مكان التلقيح.

" عدة أماكن جلدية قد تصاب بسبب تماس Multiple vaccinationظهور الإصابة باللقاحات المتعددة:"

الجلد من مكان اللقاح عند نفس الشخص أو التماس مع الملقحين الآخرين.

"الرضع والأطفال الصغار يصابون بشكل شائع. الطفح Roseola vaccinationالوردية اللقاحية: "
الجلدي هو اندفاع حصبي الشكل يصبح مكان اللقاح منتشراً ومحاطاً بهالة حمامية وتزول خلال عدة أيام.
" تحدث عند الرضع بعمر أقل من 6 شهور الذين لايستطيعون Vaccinia necrosumاللقاحية النخرية:"
إنتاج الأضداد استجابة للقاح، انتقالات النخرية تحدث في كل الجسم والحالة قاتلة عادة.
" اندفاع حطاطي لطاخي حصبي الشكل متناثر متناظر يظهر بعد Roseola vacciniaالوردة اللقاحية:"
اللقاح بأسبوعين بلقاح الجدري إذ يصبح مكان اللقاح منتشراً ومحاطاً بهالة حمامية.

داء اليد ــ الفم ــ القدم

Hand-foot-mouth disease

هو مرض فيروسي يحدث بفيروس "كوكساكي 16 " ويصيب بشكل رئيسي الأطفال.

المظاهر السريرية:

الأعراض البادرية: حمى تسبق ظهور الطفح.

المظاهر الجلدية: المظاهر الواسمة للمرض هي ظهور اندفاع لطاخي حطاطي خطي أو هلالي أو بيضوي الشكل يصبح مباشرة حويصلي على اليدين أو القدمين والفم.

الاندفاع الذي يظهر على اليدين والقدمين عادة يوازي خطوط الجلد.
الشفاء عادة يحدث خلال أسبوعين ولاحاجة للمعالجة أحياناً.

داء القدم ــ الفم

Foot - and mouth disease

هو مرض فيروسي شديد العدوى. دور الحضانة من 2 ــ 10 أيام. ينتقل المرض إلى الإنسان مباشرة من الحيوانات المصابة مثل المواشي والماعز وذلك بتناول الحليب الملوث.

المرض قد يكون له اختلاطات خطيرة وأحياناً قد يكون قاتلاً خاصة عند الأطفال.

الصورة السريرية:

الأعراض البادرية خفيفة. وتشمل حمى ــ دعث ــ حرقان وجفاف الفم مع فرط اللعاب.

الاندفاع الجلدي يظهر مع انخفاض الحرارة وغياب الأعراض البادرية.

مظاهر الجلد والأغشية المخاطية: تورم وحكة والإحساس بالحرقان في الأصابع قد تكون المظاهر الجلدية

هي الأبكر، ثم تظهر الحويصلات في الفم والبلعوم الفموي والراحتين والأخمصين وأصابع اليد والقدم.

المعالجة:

معالجة الأعراض.

الإيدز عن الأطفال

Hiv disease in childhood

"عند الأطفال في بعض الحالات يملك نفس المظاهر الموجودة في HIVانتان الفيروس المسبب للإيدز "

الشكل عند البالغين.

المظاهر السريرية:

" عند الرضع والأطفال المصابين هي:HIVأشيع مظاهر "

فشل النمو.

اعتلال الدماغ مع تأخر تطوري.

تورم الغدة النكافية المزمن.

ضخامة كبدية طحالية.

اعتلال عقد لمفية.

إسهال مفرط.

انتانات جرثومية: انتان دم ــ ذات الرئة ــ التهاب أذن وسطي ــ انتان جلدية تنجم غالباً عن العنقوديات المذهبة وتسبب قوباء ــ خراجات ــ التهاب نسيج خلوي.

" شائعة ومميزة.E .B. Vالتهاب الرئة: قد تنجم عن الانتان بفيروس" ابشتاين ــ بار

خباثات: ساركوما كابوسي يحدث فقط في 5%.

التشخيص المخبري:

" هو مظهر باكر مهم.1B- Cell. سوء وظيفة الخلايا اللمفاوية البائية"

" الجوالة: قد تكون مخفية بسبب المضادات من الأم. 2HIV. مضدات الفيروس "

" مميز للداء عند البالغين وهو عادة مظهر متأخر عند 3T. Cell. خلل وظيفي للخلايا اللمفاوية التائية "
الأطفال الصغار.

" عند الرضع يمثل ببساطة الأضداد IgG " من النوع "HIV" وجود أضداد الـــ "4HIV. أضداد الفيروس: "
المكتسبة من الأم

" .HIVبشكل متنقل ولايعتبر دليلاً لانتان"

طرق سير المرض:

) في السنة الأولى من عمرهم في معظم الحالات AIDSبعض الأطفال المصابين يحدث لديهم الإيدز (
يترقي الانتان ببطء شديد.

" في الطفولة:HIVمعالجة انتان"

معالجة الإختلاطات.

معالجة الأنتان الجرثومي الثانوي ذات الرئة المتكيس الكاريني اي.

المعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات حالياً لاتشفي الانتان.

"Azidothymidine) Zidovodine, Retrovir , AZT)الدواء الرئيسي هو"

رغم التحسن في بعض الحالات لكنه يجب موازنة الفوائد مع الآثار الجانبية للدواء وتشمل: فقر الدم. نقص الكريات المعتدلة ــ التهاب العضلات ــ الصداع ــ التجلط ــ فقدان الذاكرة (التوهان) الحمى ــ الطفح وتصبغ الأظافر.

"عادة فموياً لفترات طويلة، في بعض الحالات المقاومة قد سجلت مستويات Zidovudineيعطى الـــ"

" يمكن أن ينخفض بشدة وقد تصبح مهملة CSF " في المصل أو السائل الدماغي الشوكي"HIVأضداد"
التركيز.

) قد يؤدي لتحسن الشذوذات التطورية العصبية Zidovudineالتسريب الوريدي الطويل الأمد بالعلاج (
عند الأطفال.

" حالياً إلا أن جهوداً كثيرة جارية في عدة مراكز دولية لإيجاد HIVلايوجد لقاح أو معالجة نوعية للـــ"
معالجة شافية.

الوقاية:

"هو ذو أهمية كبيرة والخطوة الرئيسية هي تجنب التماس بين HIVالوقاية من انتقال الفيروس الـــ "
مفرزات المصابين والأغشية المخاطية أو الجلد الممزق.

الفصل الثاني عشر الانتانات الطفيلية الجلدية

Parasitic skin infestations

المظاهر الجلدية لانتانات الأوالي / وحيدات الخلية /

Skin manifestations due to Protozoa

داء اللايشمانيا

(22/2)

)Leishmaniasis(

هو مرض طفيلي تسببه طفيليات اللايشمانية المدارية التي تتنقل بواسطة ذبابة الرمل

) التي تعتبر الكلاب مستودعا لها. يكثر المرض في منطقة شرق Phlebotomus sand flyالفاصدة(

المتوسط والشرق الأوسط أما في آسيا وأفريقيا فإن الفئران القارضة قد تكون هي مصدر العدوى.

الداء ذو ثلاثة أشكال مختلفة هي: اللايشمانية الجلدية. اللاشمانية الجلدية المخاطية واللشمانيا الحشوية.

)Cuutaneous leishmaniasisداء اللايشمانيا الجلدي: (

للمرض عدة أسماء محلية مثل القرحة المدارية ــ حبة الشرق ــ حبة حلب ــ حبة بغداد، يحدث الداء باللايشمانيا المدارية المستوطنة في آسيا الصغرى وجنوب آسيا ومناطق المتوسط والخليج.

طرق الانتان:

إن ذبابة الرمل الفاصدة هي التي تنقل المرض من المستودع إلى الكائن البشري. الإنتقال المباشر من القرحات المخموجة إلى الجلد المرضوض نادراً مايسبب المرض .

الأطفال أكثر استعداداً حيث أن مناعة جيدة تكتسب عند أول انتان، مما يجعل بعض المواطنين يخمجون أولادهم بالطفيلي على الكتفين أو الفخدين ليصابوا بالمرض هناك كي يحموا الوجه من التندب إذا ما أصيبوا في المستقبل باللايشمانيا.

المظاهر السريرية:

هو مرض ذو سير مزمن جداً. حيث أن دور الحضانة قد يستغرق من أسبوع إلى شهرين منذ بداية لدغة ذبابة الرمل.

اللايشمانيا عادة تصيب الأطفال أكثر من غيرهم من مجموعة الأعمار حيث أن الوجه والأطراف والعنق

هي الأماكن الأكثر إصابة.

الشكل رقم 115: اللايشمانيا الجلدية

(النمط المقرح المخرب)

الشكل رقم 116: اللايشمانيا الجلدية

الشكل رقم 117: اللايشمانيا الجلدية (الشكل التقرحي)

لداء اللايشمانيا الجلدية عدة مظاهر سريرية:

"Oriental soreحبة الشرق ":

الآفة البدائية هي حطاطة على المناطق المكشوفة مثل الوجه والأطراف. الحطاطة تتضخم بعد عدة أسابيع لتشكل لويحة مدورة وأخيراً إلى قرحات تنتج مفرزات لزجة وتشكل قشرة ملتصقة سميكة بنية اللون.

(23/2)

الانتان الجرثومي الثانوي للقرحات شائع مسبباً تخرب أنسجة أكثر وتشوهات جلدية وتلك واحدة من الصفات المميزة لآفة القرحة المدارية هي سيرها المزمن الطويل ونوع الآفات.

هذه الآفات تشكل قرحات مرتفعة ومدورة بيضاوية الشكل قد تشفى بعد عدة شهور مسببة ندبات مشوهة.

: بعض الآفات جافة حيث تتحول الحطاطة إلى عقيدة قد تتضخم حجماً Abortive typeالشكل المجهض بدون تقرح.

": هو ناكس حيث يحدث الانتان مرة ثانية بعد شفاء الآفة البدئية.Abortive typeالشكل وحيد الناكس"

" : آفات متعددة قد تصيب الأطراف.Disseminated typeالشكل المنتشر"

الشكل رقم 118: داء اللايشمانيا الجلدي المجهض

الشكل رقم 119: داء اللايشمانيا الجلدي (وحيد الناكس)

الشكل رقم 120: داء اللايشمانيا الجلدي (الشكل المنتشر)

المظاهر الجلدية المختلفة:

":الرضع المصابون بهذا L. infantumالداء اللايشمانيا الجلدي الناجم عن اللايشمانيا الطفيلية /الصغرى /" الطفيلي قد يصابون بمرض اللايشمانيا الحشوي بينما البالغين عادة يصابون بالآفات الجلدية فقط.

"هذا الشكل مستوطن في المناطق L. Majorالداء اللايشمانيا الجلدي الناجم عن اللايشمانيا الكبرى:"

الرطبة في البداوة خاصة بين رعاة الحيوان.

الآفات الجلدية هي عقيدة دملية الشكل حمراء تظهر على مكان الدخول حيث بعد أسبوعين تتشكل قشرة مركزية يتلوها القرحة ذات هامش أحمر مرتفع، تكبر خلال 2 ــ 3 شهور التالية حيث تصل إلى قطر 3 ــ 6سم وقد تظهر عدة آفات عقدية ثانوية (تابعة) قريباً من الآفة البدئية.

الشفاء العفوي حتى بدون علاج عادة يحدث خلال 6 أشهر مخلفاً ورائه ندبة.

"داء اللايشمانيا الجلدي الناجم عن اللايشمانيا المدارية L. tropica:"

دور الحضانة أكثر من 2 شهر، تظهر الآفة بشكل عقيدة بنية صغيرة تتضخم تدريجياً إلى لويحة بقطر 1 ــ 2سم في حوالي 6 شهور مشكلة تقرح سطحي ضحل مع قشرة ملتصقة. الآفات الثانوية (التابعة) قليلة بهذا النمط.

(24/2)

"داء اللايشمانيا الجلدي الناجم عن اللايشمانية الأثيوبية L. Ethiopia:"

الآفات تتكون عادة في مركز الوجه. الحطاطات الثانوية (التابعة) تتجمع وتكون عقيدة كبيرة ولاتنتشر عادة. قد يحدث آفات جلدية مخاطية حول الفم والأنف.

تشخيص داء اللايشمانيا:

العقيدة أو القرحة ذات السير المزمن من عدة أشهر مع آفات ثانوية في مناطق موبوءة، تعتبر علامات مهمة.

مسحة من قاعدة القرحة ملونة بملون "جيمزا" تظهر طفيليا مدوراً أو مغزليا في السيتوبلاسما مع كريات بيض وحيدة أو متعددة النوى وخلايا بشرية.

اختبار اللايشمانين: حقن داخل الأدمة للمستضد اللايشماني يسبب ارتكاس يشبه اختبار السلين المتأخر.

التشخيص التفريقي:

قرحة الشرق تشبه عدد من أمراض الجلد مثل التدرن الجلدي.

داء اللايشمانيا الجلدي المخاطي

Mucocutaneous Leishmaniasis

يسببه طفيلي اللايشمانيا البرازيلية ذات الولع بإصابة الجلد والأغشية المخاطية وهو مستوطن في أمريكا

اللاتينية، البيرو والبرازيل.

المسببات :

الذبابة الفاصدة التي تنقل المرض تعيش في الغابات وتسبب الانتان بلدغ الضحية.

الطفيلي يوجد بشكلين: الشكل الهدبي الموجود في القناة الهضمية الفاصدة والشكل اللاهدبي الموجود في الأنسجة البشرية والحيوانات المصابة بالطفيلي.

الصورة السريرية:

دور الحضانة من 2 ــ 4 أسابيع.

المظاهر الجلدية:

الآفة البدائية هي عقيدة قد تجهض بعد عدة أسابيع أو تكبر وتتحول إلى عقيدة قد تصبح ذات تنبتات وأخيراً بشكل قرحة إرتشاحية ذات حواف واضحة غير منتظمة.

المظاهر بالأغشية المخاطية:

صفة آفة الأغشية المخاطية النموذجية هي ميلها إلى الانتقال إلى الأغشية المخاطية للشدق والبلعوم الأنفي ربما عبر السبيل الدموي أو اللمفاوي.

المظاهر العامة:

قد تصيب الآفة الأغشية المخاطية والغضاريف المجاورة بينما تعف عن العظام.

تشوه شكل الأنف، والحنك الرخو والبلعوم والحنجرة.

(25/2)

تقرح اللسان ومخاطية العين والمخاطية التناسلية.

اعتلال عقد لمفية ناحية.

التشخيص التفريقي:

القرحة المدارية

داء الشعريات البوغية

التدرن

" / و / الأ فرنجي الزهري/Yawsالداء العليقي / اليوز"

طرق معالجة اللايشمانيا:

معظم القرحات غالباً ما تشفى عفوياً خلال سنة واحدة.

علاج داء اللايشمانيا الجلدي والجلدي المخاطي هي نفسها، بينما يحتاج الأخير معالجة مشددة أكثر بسبب الاختلاطات الأكثر شدة والمخربة.

"Pentavalent antimonyالأنتموان الخماسي"

يستعمل للقرحات التي تسبب تندباً وتشوهات في شكل الوجه أو على أسفل الساق أو فوق المفصل، أو على الأغشية المخاطية أو الغضاريف أو القرحة التي قد تكون ناجمة عن طفيلي للايشمانيا البرازيلية.

" لسوء الحظ فى بعض حالات داء اللايشمانيا قد تشاهد معالجة بالستيرويدات القشرية موضعياً وهذه تغير الصور السريرية وتجعل الآفات مختلطة التي تصبح أخيراً أكثر إزماناً وتنقص استجابتها للمعالجة النوعية".

) عضلياً كل يوم لمدة عشرة أيام، هذا عادة يعطي نتائج Pentostanللبالغين نعطي 6سم3 من البنتتوستام (جيدة ويؤدي لشفاء سريع للقرحات ويمكن تعديل الجرعة حسب عمر المريض.

لقد سجل الدكتور الظواهري نتائج جيدة باستعمال مركبات هيدروايمتين حبتان يومياً للبالغين لمدة شهر واحد.

) هو أيضاً دواء فعال. الجرعة اليومية: هي 5/ ملغ /كلغ جرعة Neostibosan ,Bayerنيوستيبوزان (من 200 ــ 300 ملغ يمكن إعطاءها يومياً للأطفال الكبار والبالغين لمدة 16 يوم أثبت أنه فعال أيضاً.

) والمضادات الحيوية مثل "التتراسكلين "وجدت Fouadinالأدوية الأخرى مثل" الكلوروكين" والفؤادين (إنها فعالة.

) : لمعالجة اللايشمانيا المدارية بجرعة 4 ملغ/ كلغ Pentadine isothionateالبنتاميدين ايزوثيونات(مرة واحدة أسبوعياً لمدة طويلة حسب الحاجة.

المريض المصاب بداء اللايشمانيا الجلدي قد يحتاج إلى معالجة لفترة أطول.

(26/2)

اللايشمانيا الناكسة قد يستجيب للحقن الموضعي أو الاعطاء الجهازي للأنتموانات.

) للآفات Sodium stibogluconateالتشرب الموضعي بـــ 1 ــ 2 ملم صوديوم ستيبوغلوكونات (

المفردة.

) لعلاج القرحات الصغيرة تتجمد وتجرف تحت تخدير Co 2snowثلج غاز ثاني أوكسيد الكربون (

موضعي.

آفات التندب الشديد قد تحتاج جراحة تصنيفية (تجميلية).

2 "لإعادة سطح وإزالة اللشمانيا الجلدية. في المركز الطبي سجلنا نتائج مشجعة COنحن نستخدم الليزر"

خاصة الآفات المختلطة بالتندب .

الشكل رقم 121: اللايشمانيا الجلدية (ندبة)

الشكل رقم 122: اللايشمانيا الجلدية (ندبة معالجة باليزر)

داء اللايشمانيا الحشوي

Visceral leishmaniasis

" : المرض منتشر جداً في آسيا وجنوب Dum-Dum Feverيعرف باسم الكالا آزار أو حمي دم دم"

أوروبا، حول المتوسط، أفريقيا والمجتمعات الفقيرة والريفية.

الصورة السريرية:

الحمى مميزة وأحياناً مشخصة للكالا آزار. ترتفع الحرارة في وقت العصر وتنخفض قرب المساء وترتفع أكثر حوالي منتصف الليل.

ضخامة كبدية طحالية.

هزال ونحول.

فقر دم ونقص الكرات الدموية البيضاء.

مظاهر حشوية، ضخامة كبدية طحالية.

مظاهر جلدية: جلد بلون رمادي غريب خاصة على اليدين والأظافر والجبهة والخط الناصف للبطن لذلك سمي "الداء الأسود ".

داء اللايشمانيا الجلدي مابعد الكالا آزار

Post kala azar leishmaniasis

المظاهر السريرية:

ظهور عقيدات بلون هلام التفاح محاطة بندبات خاصة على الوجه حيث تظهر عدة سنوات بعد الشفاء من الآفة البدئية.

قد تظهر بقع ناقصة الصباغ خاصة على الوجه والعنق والسطوح الباسطة من الساعد والجانب الداخلي

للفخدين يشبه الجذام الجذاميني.

آفة عقدية وحبيبة قد تظهر على الجلد ونادراً ماتكون حليمية على الأجفان والشفاه وفتحات الأنف.

المراجع

Bryceson A. Therapy in man. In :Peters W. Killick-Kendrick R, eds. The

1

Leishmaniases in Biology and Medicine Vol 2. London: Academic Press, :1987

907–848

2

Ho M, Koech DK, Iha DW et al. Immunosuppression in Kenyan visceral leishmaniasis. Clin Exp Immunol 1983; 51: 14–207

3

Kumar PV ,Sadeghi E, Torabi S. Kala azar with disseminated dermal leishmaniasis. Am J Trop Med Hyg 1989; 40: 3–150

4

Rashid JR, Chunge CN, Oster CN et al. Post kala-azar dermal leishmaniasis occurring after long cure of visceral leishmaniasis in Kenya. E Afr Med J 1986; 63: 71–365

5

WHO. The leishmaniases. Report of WHO Expert Committee. Technical Report Series .701Geneva: World Health Organization, 1984

6

Ballou WR, McClain JB, Gordon DM et al. Safety and efficacy of high dose sodium stibogluconate therapy of American cutaneous leishmaniasis. Lancet 1987; ii: –12 16

7

Bryceson A .Therapy in man. In: Peters W. Killick-Kendrick R, eds. The Leishmaniases in Biology and Medicine Vol 2. London: Academic Press, 1987: –848

907

8

El-On J, Weinrauch L, Livshin R et al. Topical treatment of recurrent cutaneous leishmaniasis with ointment containing paromomycin and methylbenzathonium chloride. Br Med J 1985; 291: 5–704

9

Kumar PV, Sadeghi E, Torabi S. Kala azar with disseminated dermal leishmaniasis. Am J Trop Med Hyg 1989; 3–150 :40

10

Montalban CK, Martinez-Fernandez R, Calleja JL et al. Visceral leishmaniasis (kala-azar) as an opportunistic infection in patients infected with the human immunodeficiency virus in Spain. Rev Infect Dis 1989; 60–655 :11

11

داء المثقبيات الإنساني

Human Trypanosomiasis

(داء شاغاس)

Chigas diseae

(28/2)

(South American trypanosomiasis:داء المثقبيات الجنوب أمريكي)

هو داء جهازي تسبب المثقبيات الكروزية

طرق الانتان:

ـــ الانتان المباشر:

الانتان من الحيوانات المصابة من المستودعات الحيوانية مثل القطط، الكلاب، والفئران القارضة.

ـــ الانتان غير المباشر:

(سواء بلدغ البق حيث تدخل المثقبيات إلى Kissing bugsمن إنسان إلى إنسان بواسطة "البق المقبل ") الجلد، أو الانتان من التلوث ببراز البق.

يحدث الانتان الإنساني بشكل رئيسي عبر الجلد ونادراً عبر الأغشية المخاطية.

المظاهر السريرية:

المرض شديد جداً عند الأطفال الصغار والرضع.

المرحلة البدائية. قد تكون حادة وتترافق مع أعراض بنوية مثل الحمى، الدعث والتعب.

المظاهر الجلدية:

ارتكاس شديد في موقع دخول الطفيلي وقد يكون شكل حمامي عديدة الأشكال ووذمة في المرحلة المتأخرة: تنجم عن الانتشار الدموي للطفيل إلى الأحشاء، القلب والدماغ والكبد وقد يؤدي إلى اختلاطات خطيرة وقد تكون قاتلة.

داء النوم

Sleeping sickness

داء المثقبيات الافريقي

العامل الناقل للطفيلي هو ذبابة التسي ــ تسي التي عندما تلدغ الإنسان فإنها تحقن بالمثقبيات الطفيليات الموجودة في غددها اللعابية داخل الجلد (المثقبيات الروديسية والمثقبيات الجامبية).

الصور السريرية:

المرحلة الحادة:

تتميز هذه المرحلة بـــ:

أعراض بنوية شديدة

حمي والتهاب عقد لمفية

التهاب أوعية لمفية سطحي ناحي ووذمة عابرة تميز هذه المرحلة.

المظاهر الجلدية:

القرحة (Chancre): هي عقدة تظهر مكان اللدغة، تكون حمراء ــ مؤلمة. وتترافق مع التهاب أوعية لمفية وعقد لمفاوية ناحية.

حكة ووذمة مؤلمة: تصيب اليدين والقدمين والعينين وتبدو المفاصل متورمة.

المرحلة المتأخرة:

تحدث بعد طور مزمن حيث يكون هناك اضطراب دماغي يحدث تدريجياً مؤدياً إلى صورة سريرية هو "مرض النوم".

لا يوجد مظاهر جلدية في هذه المرحلة.

التشخيص:

(29/2)

تحديد الطفيلي في السائل المبزول من العقد اللمفية.

الطفيليات نادرة الوجود في الدم.

داء المقوسات

Toxoplasmosis

داء المقوسات هو مرض حيواني يحدث بواسطة طفيلي من الأوالي (وحيد الخلية) تسمي المقوسات الجوندية (Toxoplasma Gonadi.)

المرض ولادي، ينتقل إما من الأم المصابة إلى الجنين عبر المشيمة أو يكتسب من الحيوان (المستودع) مثل القطط، الكلاب والطيور.

داء المقوسات الولاديCongenital Toxoplasnosis

الانتان في امرأة حامل قد يؤدي إلى الإسقاط أو ولادة جنين تام النضج مع مظاهر ثلاثية هي:

استسقاء الرأس ــ التهاب شبكية ومشيمة العين ــ تكلسات دماغية.

المظاهر الجلدية: طفح جلدي يظهر بشكل لطاخي واندفاع نزفي.

المظاهر الجهازية: ضخامة كبدية طحالية ويرقان.

معدل الوفيات حوالي 10%. الذين ينجون قد يظهروا اختلاطات مثل استسقاء الرأس، تخلف عقلي واضطراب الرؤيا.

في الحمول التالية لايصاب عادة الجنين.

"داء المقوسات المكتسبAcquired Toxoplasosis "

يظهر المرض بالتماس مع القطط، الأرانب، الدجاج، المواشي والخنازير.

المظاهر الجلدية: يظهر اندفاع قرمزي الشكل أو شروي أو حطاطات زهرية اللون أو عقيدات تحت الجلد ونادراً حويصلات، على الجلد وتعف عن الوجه والراحتين والأخمصين.

المظاهر الجهازية: إصابة أعضاء عديدة تسبب التهاب الدماغ ــ التهاب الكبد ومظاهر جهازية أخرى.

التشخيص:

صورة سريرية نموذجية.

صبغة "رايتس أو جيمزا". للدم أو العقدة اللمفية.

تفاعل "سابين ــ فلد مان"، يكون إيجابي خلال أسبوعين، وهذا التفاعل إيجابي في الانتان الباكر وتنحدر الأضداد بعد 1 ــ 2 سنة.

التراهن المباشر للطفيليات الموضوعة في الفورمول، يفيد في أغراض التحري والمسح. هذا الاختبار يحدد أضدادIgM و IgG.

" IgG" عن أضداد" IgMالومضان غير المباشر: طريقة بسيطة وآمنة ويمكن استخدامها لتمييز أضداد ".

(30/2)

حقن السائل الدماغي الشوكي لفأرة: هو ليس اختبار روتيني ونادراً مايستعمل في الممارسة السريرية.

طرق المعالجة:

) تعطى بجرعة 1 ملغ/ كلغ Darapritmمشاركة السلفوناميدات (جرعة البالغ 3غ/يوم) والبيريميثامين (يومياً لمدة شهر واحد.

يجب ملاحظة أن الدارابريم هو من معاكسات حمض الفوليك لذلك ينصح بإعطاء فوليك أسيد مع العلاج.

" ممكن أن يعطي نتائج جيدة.Rovamycineالــ"

"/ جرعة البالغ 2 غ / يوم/ وهو فعال أيضاً.Spiramycinالـــ"

هذه الأدوية تخفض معدل حدوث الاضطرابات القاتلة .

عندما تعطي الأدوية المناسبة للأم الحامل فإن تلك تسيطر على الأعراض البنوية مثل الحمي وتحسن الآفة العينية عندما تشرك مع الستيرويدات القشرية.

المراجع

McCabe RE, Remington JS. Toxoplasma gondii. In: Mandell GL, Douglas RG.

.1

Bennett JE, eds. Principles and Practice of Infectious Disease 2nd edn. New York: John Wiley, 1983: .9–1540

.2

Beverley JKA .Congenital toxoplasma infections. Proc Roy Soc Med –53:111 ;1960

.13

.3

Topi GC, D'Alessandro L, Catricata C et al. Dermatomyositis – like syndrome due to toxoplasma. Br J Dermatol 1979; .91–589 :101

.4

الداء الحيواني

Zoonosis

أمراض الجلد الناجمة عن الحيوان هي أمراض جلدية تحدث بسبب الطفيليات التي تعيش على سطح الجلد (السطحي) أو قد تخترق البشرة (العميق). الطفيلي قد يحدث مظاهر جلدية مختلفة:

الجرب: طفيلي هامة الجرب (فارقة الجرب) تسبب آفة جلدية حاكة بسبب انفاقها داخل الجلد.

برغوث الطير: تصيب الطيور مثل الدجاج، الكناري والطيور الأخرى التي قد تسبب تفاعل جلدي حاك بشدة. بعض السلالات تسبب التهاب دماغ فيروسي عندما تهاجم البراغيث الكائنات البشرية.

برغوث الفئران: تحدث ارتكاس جلدي في مكان لدغ الإنسان وتنقل أيضاً جدري الركتسيات.

سوسة القمح: يحدث أكزيما شديدة ناجمة عن العث الشبيه بالقمل (القمالي) ويسمى أيضاً سوسة القش وهو يحدث في العائلات أثناء الحصاد ينحم عن التماس مع القش المصاب بالطفيلي.

الاندفاع يظهر عادة بشكل حطاطة حمراء فاتحة حاكة الشدة محاطة بحويصلات أو بثرات مع آفات شروية نازفة قد يختلط تشخيص الاندفاع مع الحمامة خاصة عند الأطفال.

الشكل رقم 123: العث السام للقش

البراغيث: يُسبب طفح جلدي ينجم عن لدغة البرغوث.

القمال: هو مرض حيواني مزمن ينجم عن القمل.

الداء البقي "البقاق": ارتكاس جلدي مزمن ينجم عن بق الفراش.

الحشرات الخارجية المصدر: المظاهر الجلدية تنجم عن الحشرات أو الزنابير (الدبابير) والنحل والنمل.

داء البعوض: ينجم عن لدغ البعوض ويسبب آفة عقيدية ولطاخية حاكة. قد يكون الارتكاس حاد وشديد عند الأشخاص الحساسين في الأطفال وقد يكون الإرتكاس شديد ويسبب اندفاع شروي حطاطي أو فقاعي

أو ارتكاس يشبه الشرى الحطاطي.

" (تحت الحصاد أو العلف): هو داء حيواني خارجي المنشأ.Trombidiosis ـــ العث القطيفي (الأحمر)"

يحدث من عث التراب الذي قد ترتبط أو تتعلق يرقاته على الجلد مثيرة لتفاعل جلدي بشكل آفات حمامية حطاطية حويصلية أو طفحية مع تسحجات وانتان جرثومي ثانوي مثل الدمال أو القوباء.

"Creeping Eruption:الاندفاع الزاحف "

)، الديدان Ancylostomهو مرض جلدي ينجم عن الديدان المهاجرة أثناء مرحلة تطورها مثل الملقوات (الشوكية ودودة الاسكاريس. تهاجر اليرقات تحت الجلد مشكلة انفاق تسبب الحكة والاندفاعات الشروية.

المظاهر الجلدية الناجمة عن (القارمات)

الجرب البشري

Human scabies

يحدث الجرب البشري بالطفيل الأنثي التي تكون مستعدة لاتمام دورة حياتها في الإنسان، تحفر الأنثي نفقاً في الجلد بعد الشبع مشكلة آفة مميزة للجرب تسمى (الانفاق). حيث تنتج اليرقات بعد تفقيس البيوض.

(32/2)

بعد التزاوج، اليرقان يحفر نفقاً في الجلد وتبدأ دورة حياة جديدة ثانية.

الشكل رقم 124: القارمات الجربية (الأنثى البالغة)

طرق الالتهاب:

التماس المباشر مع الأشخاص المصابين.

التماس مع الألبسة الملوثة والأقمشة وأغطية الأسرة.

الانتان المباشر: من الحيوانات المصابة مثل القطط والكلاب والأغنام والجمال.

الصور السريرية:

المرض ذو سير مزمن. دور الحضانة قد يستغرق أسابيع وحتى أشهر بدون أي مظاهر واضحة.

الصور السريرية تتنوع حسب العمر ـــ مواقع الإصابة ونوع المضيف الناقل للانتان.

الجرب يتميز سريرياً بحكة شديدة خاصة في الليل وعندما يصبح الجلد دافئ.

علامات التسحج ناجمة عن التخريش الشديد وقد يترافق مع انتان جرثومي ثانوي على شكل قوباء أو

دمال.

في المرحلة الباكرة: الانفاق حيث تشبع القارصات الجربية في الجلد يمكن ملاحظتها بسهولة على شكل خط حلزوني رمادي حيث تكون القارمة في موقع واحد من الخط.

الأماكن التي تصاب بالجرب ذات توزع متميز، الأماكن الإنتقائية هي الأفوات (مسافات مابين الأصابع الراحتين، السطوح الباسطة من الرسغ، ماحول السرة ــ موقع خط الحزام، الحلمتان، الأرداف، المناطق التناسلية وخاصة حشفة القضيب عند الذكر. الوجه والعنق لايصابان ماعدا الرضع.

الجرب الحيواني

Animal scabies

جرب منقول من الحيوانات مثل الكلاب والقطط قد يكون ذو صورة سريرية شديدة مثل:

ارتكاسات حطاطية ــ لطاخية بثرية ــ قوباء أو شبه شروي.

الحكة شديدة وقد تجعل المريض مثبطاً (يائساً) ويسبب اضطرابات بالنوم.

الشكل رقم 125: جرب (انفاق أمام المرفق)

الشكل رقم 126: جرب(السرة والحشفة) آفات مميزة

الخوف من مرض الطفيليات

Parasitophobia

(33/2)

بعض المرضى العصبيون الذين يصابون بالجرب قد يستمرون بالاعتقاد بأن الجلد مازال مصاباً رغم كل المعالجات الشافية التي أخذها. هو يعتبر أن أي حكة خفيفة حتى لدغ الحشرات هي هجمة من الجرب، وينتقل من عيادة إلى أخرى وأحياناً يحمل معه بقايا جلدية في وعاء لكي يقنع الطبيب بأنه مازال لديه المرض.

رغم أنه من الصعب إقناع هؤلاء المرضى، إلا إنه يجب بذل كل الجهد الممكن لكي يطمئن المريض ونقدم له التحسن النفسي والسريري.

الجرب النرويجي

Norwegian scabies

هو شكل نادر من الجرب ذو صورة سريرية أشد من الجرب العادي، ويوجد في المجتمعات الفقيرة

وحالات نقص العناية الصحية وبين الأشخاص سيء التغذية.

المظاهر السريرية:

تظهر آفات قيحية متقشرة على الوجه والمناطق التناسلية.

تظهر آفات مفرطة التقرن على الراحتين والأخمصين مع عسر تصنع الظفر وما تحت الظفر.

تظهر آفات منتشرة تشبه الصداف على الجذع والأطراف.

الجرب عند الأطفال

Scabies in Babies

تختلف الصورة السريرية للجرب عند الأطفال في بعض الأمور عن الآفات الحادثة عند الأطفال الكبار والبالغين.

المظاهر السريرية:

توزع كثير للأنفاق.

آفات حويصلية أو حويصلية بثرية على اليدين والقدمين وقد تتكون الفقاعات.

تأكزم شديد قد يوجد أحياناً.

قد يوجد عقيدات متقشرة عديدة على الجذع والأطراف.

تشخيص الجرب:

حكة شديدة ليلية.

مواقع الإصابة النموذجية.

إظهار القارمات أو العثة في الانفاق، ويمكن رؤيتها بالعين المجردة أو بمساعدة العدسة المكبرة للمجهر حيث تظهر الخطوط الحلزونية الرمادية.

يمكن إظهار العثة إما بالتمزيق السطحي للجلد أو إزالة نهاية النفق بواسطة إبرة قياس 25 حيث تلاحظ العثة معلقة على حافة الإبرة، ويمكن إظهارها أيضاً بالحلاقة السطحية للانفاق وفحص المواد تحت مجهر ضوئي بقوة خفيفة.

طرق المعالجة:

يجب معالجة كامل الجسم ماعدا الرأس والعنق.

يجب معالجة كل أفراد العائلة والملامسين للمصاب سواء كانت الأعراض ظاهرة عليهم أم لا.

علاج الجرب سهل إذا اتبع المريض التعليمات واستعمل العلاج بطريقة مناسبة وانتبه للوسائل التي تمنع عودة المرض.

عند توقع الجرب عند أي مريض، من الحكمة أن تبدأ العلاج لهذه حالاً واعتبارها إنها حالة جرب حتى إثبات التشخيص.

الجلد الحاك سواء بالجرب أو غيره يستفيد من الأدوية المضادة للجرب حيث أنها يمكن أن تفيد على الأقل إيقاف الحكة التي في بعض الحالات تكون مشكلة كبيرة للمريض وقد تؤثر على نومه.

" محلول وإن يوضع العلاج على Kwell أو Euraxعند الأطفال يجب أن تعلم الأم كيفية تطبيق العلاج" كل جزء مصاب من الجسم خاصة الثنيات الأفوات(مابين الأصابع) ويترك المحلول أو الكريم على الجلد ويغسل في اليوم التالي ويفضل كوي الألبسة المغسولة حديثاً من كلا الجانبين.

غلي وكوي الملابس من الجانبين عادة للقضاء على القارمات أو العث. بعض الألبسة قد تتأذى بالغليان، فإن الغسيل الجاف والطريقة العادية لغسيل وعصر أغطية الفراش قد يكون كافياً لقتل القارمة. تعقيم الألبسة والأسرة.

المعالجة النوعية:

) : متوفر بتراكيز 25%، ويجب تخفيفه بـــ 2 ـــ 3 أحجام من الماء Benzyl benzoateبنزيل بنزوات (عند استعماله للأطفال الصغار والرضع ويجب تجنب تكرار أو تطبيق المتكرر للبنزيل بنزوات أو "Lindane."

" محلول أو Kwellمعالجة الجرب فعالة بواسطة فرك الجلد من العنق حتى أخمص القدمين بواسطة "

) بعد إجراء حمام حار وفرك الجسم بواسطة الإسفنجة.Euraxمحلول (

) وكريم: قد يفيد في معالجة الانفاق في الرأس والعنق.Crotamitonمحلول(

التأثيرات الجانبية لهذه الأدوية قد تكون أكزيما تماس وانحلال البشرة السمي النخري محرض بالمونوسلفورام.

مضادات الهيستامين ضرورية لايقاف الحكة.

المضادات الحيوية. فموياً قد نحتاج إليها للسيطرة على الانتانات الجرثومية الثانوية "الأريثروسين ــ سيفالوسيورين ــ الفلوكساسللين فموياً " فعالة في السيطرة على الدمامل أو الآفات البثرية التي تختلط في بعض حالات الجرب.

المظاهر الجلدية لآفات العث أو القارمات الأخرى

Skin Manifestations of Other Mites

)1Grain itch. ــ أكال سوتس القمح(

)2Chiggers mite. ــ أكال اليساريع(

)3Rat mite itch. ــ أكال البقالين الجرذان)

)4Grocer's itch. ــ أكال سود)

)5House dust mite. ــ أكال غبار المنازل)

الاندفاع الذي يثار بهذه القارمات يتألف بشكل شائع من حطاطات صغيرة حاكة بشدة أو حطاطات حويصلية على الأجزاء المكشوفة من الجسم خاصة الرأس والعنق والساعدين، لكن أحياناً يكون أكثر انتشاراً.

ظهور الاندفاع على الوجه قد يظهر التهاب جلدي تماسي حاد.

": منتشر بشكل واسع في البيئة المنزلية Dermatophygoides pteronyssinusعث غبار المنازل " (غبار وأسرة) ويحدث عالمياً في الأماكن المأهولة. العدد الضخم من القارمات وجدت في البيوت الرطبة غير كافية التدفئة.

يختلف انتشار المرض حسب الفصول السنوية وتزداد في بداية الصيف وتصل أقصاها في بداية الخريف.

الغذاء الرئيسي للعامل الممرض هو قشور الجلد البشري، العث الاكسيروفيلك خاصة

" السبريجلاس هو مهم للنمو والمعيشة للعث على سطح Asperigellus penicilloidesالرشاشيات" الجلد. العفن تهضم الدسم في القشور التي هي سامة بالنسبة للقارمات أو العث.

)Harvestالشكل رقم 127: قارمة الحصا د)

الشكل رقم 128: قارمة الفئران

) مازالت غير واضحة. Atopic dermatitisدور عث غبار المنزل في الآلية المرضية للاكزيما التأبتية)

لقد لوحظ إن بيوت المرضي المصابين بأكزيما التأبتية المعتدلة إلى الشديدة يتواجد فيه عث غبار المنازل أكثر من الأشخاص الطبيعيين. على كل حال، هناك الدليل المباشر والمثبت بأن التعرض لعث غبار المنازل يثير الأكزيما التأبتية غير مقنع دائماً.

الوسائل لتخفيض عدد قارمات عث غبار المنازل يشمل التنظيف المحلي للهواء المنتظم ولكل سجادات غرف النوم والشراشف واستخدام أغطية الفرشات تكون بلاستيكة ويمكن كذلك تجربة مضادات الفطور مثلNatamycin.

هذه الأنواع من القارمات تهاجم الرضع والأطفال في فراشهم، حيث تثير أو تفاقم الأكزيما والربو القصبي التحسسي في بعض المرضى. يمكن تحديد هذه القارمات العثية بواسطة اختبارات الجلد.

قد تفيد التطعيم التحسسي في بعض المرضى.

سوسة القمح

Pyemotes mites

Grain itch mites

الآفة الجلدية تنجم عن التماس مع التبن الملوث بها ــ التهاب الجلد يعرف باسم "حكة القمح" أو "حكة الشعير" أو "أكزيما بذور القطن".

الآفات هي حطاطات شروية محاطة بحويصلات وأحياناً تكون فقاعية وهي عادة ذات عدد كبير وتوزعها يعتمد على طريقة التعرض.

العث القطيفي

Trombidosis

(سوس الحصاد)

عدد مختلف من هذه القارمات منتشرة عالمياً. وأهمها هو البق الأحمر الذي يعيش في العث والعوسج وحتى في المنازل، ويوجد في الأماكن المزدحمة كالمخيمات ومعسكرات الجيش والسجون.

يهاجم الطفيلي جلد الإنسان وتمص دمه ويسقط عندما يشبع حيث يحتقن جسم الطفيلي.

الرضع والأطفال الصغار قد يصابون بارتكاسات جلدية أكثر شدة بسبب جلدهم الرقيق خاصة عند الساقين، موضع الحزام، الوجه ومناطق أخرى.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية:

حطلطات حاكة تظهر في موضع لدغ الحشرة، قد تكبر حجماً لتشكل عقيدة.

المظاهر الجهازية:

"Tsutsu gammushi."بعض الأنواع من البق الأحمر قد يكون ناقلاً لأمراض جهازية مثل حمى الـــ"

عث الحصاد

Harvest Mites

حكة النخالة

(37/2)

التهاب الجلد ينجم عن اليرقات الطفيلية أو الشرانق (الحوراء) التي تعيش حرة. قد تسبب اليرقات التهاب جلد مزعج، وبعضها ناقل لأمراض الركتسيا "Rickettesia."

البيوض تعيش في التراب، اليرقات سداسية الأرجل التي تغرس أرجلها في النبات القصير منتظرة المضيف المناسب. في المضيف تنتقل اليرقات إلى المناطق ذات الجلد الرقيق مثل الأذنين والإبطين والخاصرتين والناحية التناسلية ثم تخرق الجلد بمخالبها وتحقن لعابها ذو الميزة الحالة للخلايا داخل البشرة وتتغذى على السوائل وبقايا الخلايا، وعندما تشبع وتمتلأ تسقط على الأرض.

تكون اليرقات أكثر عدداً من شهر أيار (مايو) إلى تشرين الأول (أكتوبر) مع ذروة في أيلول (سبتمبر). والمضيف الأكثر تفضيلاً هي الأرانب.

) أو القذذ التي تهاجم الإنسان.Chiggers هي أكثر اليساريع (Eutrombi culaيعتبرالـــ

المظاهر السريرية:

تحدث إصابة الأطفال أثناء اللعب على المناطق المعشبة أو غالباً أثناء المشي حافيين عبر النباتات القصيرة أو العشب. الاستجابة للدغة عث النخالة تبدو محددة بالتأثير المخرش للعاب القارمة وفرط حساسية مكتسب لمستضدات اللعاب. تظهر لطاخة حمامية في موقع اللدغات، تتحول تدريجياً إلى حطاطة حاكة بشدة أو حطاطة حويصلية. في الخمج الشديد تكون الآفات مغطية لمناطق جلدية كثيرة ونوع الآفة يتحدد حسب تفضيل القارمات للجلد الرقيق مثل المناطق المغبنية عند الأطفال الصغار إلى جانب نوع ألبسة المضيف. تحدث الآفات بشكل شائع حول القدمين والكاحلين والخاصرتين والمناطق التناسلية والإبطين والمعصمين والحفرة المرفقية والمناطق المحددة بالثياب مثل الخصر.

Cheyletiellaقارمات الـــ

) لاتحدث أنفاقاً وهي طفيليات تعيش على بعض الثديات خاصة الكلاب Cheyletiellaنوع من قارمات (

والقطط والأرانب حيث تكمل دورتها الحياتية في المضيف.

تتظاهر الآفة الجلدية عند التماس مع الحيوانات المصابة.

المظاهر السريرية:

الصورة السريرية النموذجية هي عدد كبير من الحطاطات الحاكة بشدة المحاطة بحويصلة، تحدث على المناطق التي تكون على تماس مع الحيوانات المخموجة أثناء مداعبة تلك الحيوانات. هذه الآفات تصبح نخرية والاندفاع قد يصبح مغطياً واسعاً للصدر والبطن متظاهراً بحكة شديدة.

الانتان الجرثومي الثانوي قد يكون اختلاطاً للآفات الجلدية بسبب التخريش الشديد.

عث الطيور ــ القوارض ــ الزواحف

Dermanyssid

هي طفيليات بالعة للدم عند الطيور والثدييات (عث الدواجن) وهذا الطفيلي شائع في الطيور الأهلية والمتوحشة.

الانتان يحدث أثناء اللعب أو التعامل مع الطيور الأهلية مثل الببغاوات، الدجاج أو أقفاصها، القارمة تدخل البيوت من أعشاش الطيور عبر النوافذ أو المكيفات محدثة التهاباً جلدياً.

: قارمة فئران المنزل هي طفيلي هاجر من القوارض الصغيرة، وهي Liponyssoides Sanguineus ذات أهمية طبية لأنها مستودع الركتسيا الآكارية التي تنقل مرض الركتسيا.

عائلة الماكرونسيديا

Family Macronyssidae

هذه المجموعة تشمل طفيليات بالعات للدم وتنتقل من الطيور والثدييات والزواحف.

الصور السريرية:

قد تعتمد تلك على طريق انتقال وشدة الانتان ودرجة استجابة المضيف.

المظاهر الجلدية: آفات شروية أو حطاطية حاكة.

يوجد اندفاع منتشر وكثيف من اللوحات الشروية (اللحبة) أو حطاطات حاكة بشدة قد تتجمع وغالباً غير متناظرة، وقد يوجد نقطة منخفضة في وسط الآفات وأحياناً ظهورحويصلات في مركز الحطاطات خاصة عند الأطفال.

الانتان الثانوي قد يحدث بسبب الحكة الشديدة.

الشخص الذي تهاجمه القارمات في الفراش يكون لديه عضات ولدغات كثيرة ومنتشرة تتجمع الآفات أحياناً مجاورة لمناطق الثياب الضيقة المشدودة حول الخصر.

في الانتان الشديد قد تظهر القارمات المسببة في موقع لدغ طفيلي.

المظاهر الجلدية الناجمة عن الذباب

(39/2)

الذباب هو ناقل هام لأمراض انتانية معينة. المظاهر الجلدية قد تكون ناجمة عن لدغة الذبابة أو عن اليرقات داخل الجلد مسببة "النفق الجلدي".

الصورة السريرية:

1. لدغة الذبابة

شدة المظاهر تتنوع حسب نوع عائلة الحشرة.

: هي ذبابة الحيوانات مثل الخيول والغزلان وتسبب لدغة مؤلمة بشدة.Family Tambidiaعائلة الخيليات

"بسبب صغر حجمها فوق No see ums : وتسمى أيضاً الذبابة الدقيقة "Helediaeعائلة الحلزونيات

العادة، وهي تتميز بلدغة خطيرة وتسبب حكة وآفات مقلقة قد تستمر عدة أيام.

)Simuliidesالشكل رقم 129:الذباب الأذنف الأسود)

الشكل رقم 131: يرقة الذبابة الزجاجية

الشكل رقم 130: ذبابة الغزال

) مستوطن في المناطق الريفية الحارة الرطبة وهي ذبابة خطيرة Simuliidesالذباب الأذنف الأسود (وخبيثة.

المظاهر السريرية:

الذبابة السوداء: تسبب لدغة مؤلمة، تفضل العينان وفتحات الأنف والأذنان وتحدث مظاهر جهازية وموضعية شديدة.

المظاهر الجهازية: حمى ـــ اضطرابات هضمية (معدية معوية).

ارتكاس موضعي، تظهر آفات حمامية وذمية، تورم في الوجه وقد يسبب تقرح وتمزق.

" الذبابة من جنس الفاصدات وهي ناقل لداء اللايشمانيا الجلدي والكالا ــ آزار، Psyclodidaeعائلة الـــ "
وداء كاريون، داء الثآليل العليقي، وغيرها.
تهاجم الفاصدة ضحيتها مساءاً وتفضل الكاحلين والمعصم والركبتين والمرفقين.
) هي مستوطنة في المناطق الريفية وغير الريفية ذات العناية Chloropidaeعائلة الخضراء الملونة(
الصحية المنخفضة. تتغذى على الدم ومفرزات عين الإنسان مسببة التهاب ملتحمة وبائي وجروح مفتوحة
ومؤلمة.
) 2Cutaneous myiasis: النعف الجلدي (
هو مرض جلدي ناجم عن انتان الجلد بيرقات الذباب وأكثر أنواع الذباب المسببة لـــ النعف الجلدي هي
). Screw Wormالذبابة الخبلية الحلزونية (

يرقان عدة أنواع من الذباب تسبب مظاهر جلدية مختلفة مظهرة خطوط متعرجة وذات حافة حلزونية
التفافية أو خط يحدد هجرتها. البيوض، اليرقات الحية، أو كلاهما قد تتمركز بالجلد والقناة الهضمية أو
القناة التناسلية البولية، العينان ــ الأذنان وحتى الأنف.
المظاهر السريرية:
"1Primary myiasis: ــ النعف البدئي"
يمكن لليرقات أن تصنع لها نفقاً في الجلد المصاب. الأعراض والاختلاطات تعتمد على نوع الذبابة.
الشكل رقم 132: النعف الجلدي
أ. بعض سلالات الذباب تثقب الجلد وتضع البيوض تحت سطح الجلد ونوع آخر تدخل بيوضها في الجرح
المفتوح أو القرحات.
)الولودة تلقي بيوضها على الجلد وبعد أن تفقس تهاجر Walfahrtiaب. السلالات الأخرى مثل الـــ (
اليرقات إلى طيات الجلد مثل الناحية الأربية مسببة التهاباً بشكل حطاطات، دمامل وحتى بثور.
" يستخدم وسيط (وضيف وسيط) D.Hominin و Human bottle flyت. عائلة ذبابة الزجاجة البشرية "
"Stable Fly.لتضع بيوضها على جسم البعوضة، والقراد أو "
ث. عندما تلدغ البعوضة الجلد فإن اليرقات على البعوضة تدخل الجلد عبر موقع اللدغة مسببة النعف

الجلدي.

" في أفريقا المدارية تضع بيوضها على الأرض وبعد ظهور اليرقات تهاجم وتنفذ إلى الجلد Tumbuذبابة" في الصفن أو الأطراف مسببة ورم التهابي حيث تخرج اليرقات من الآفة بعد أسبوع.

"2Secondary myiasis. ــ النعف الثانوي "

يعتمد هذا النوع على سلوك بعض اليرقات.

أ. اليرقات المهاجرة: حيث تعيش اليرقات في النسج محدثة التهاباً في موقع هجرة اليرقة ويعرف باسم " Creeping eruption.الاندفاع الزاحف"

ب. اليرقات اللامهاجرة: توضع اليرقات في الجلد ثم تصبح مستوطنة في المكان الأول. النعف الجلدي (قد يسبب Hypoderma) و (Genera Casterophillusالذي يحدث بسبب يرقات الذباب من نوع (اندفاع زاحف يشبه الذي ينجم عن الديدان الخطافية.

معالجة النعف:

النزع الجراحي: لليرقات بإبرة حادة وتشريب الجرح بمحلول كلوفورم في زيت نباتي بتركيز 15%.

تخدير اليرقات بالقطن المبلل بالكلورفورم يمكن أن تعالج به النعف الأنفي ومن ثم إغلاق فتحة الأنف لمدة 2 ــ 3 دقائق وإزالة اليرقات بالملقط.

الوقاية بالقضاء على الذباب.

المراجع

Poindexter HA. Cutaneous myiasis. Arch Dermatol 1979; 115: .235

1.

Reames MK, Christensen C, Luce EA. The use of maggots in wound debridement. Ann Plast Surg 1988; .91–388 :21

2.

Spigel CT. Opportunistic cutaneous myiasis. Arch Dermatol .15–1014 :124 ;1988

3.

Wildy GS, Clover SC. Myiasis due to tumbu fly larva .Lancet 1982; i: .1−1130
4.

الفصل الثالث عشر المظاهر الجلدية لذيفات /سموم/
السمك وبعض الحشرات

المظاهر الجلدية الناجمة عن سموم السمك

عدة أنواع من السمك قادرة على إثارة وخزات مؤلمة وحتى خطرة بواسطة زعانفها الظهرية أو البطنية المزودة بغدد سامة معقدة.

الأنواع التي تعيش في المياه الحارة اللادغة: سمك العقرب ــ سمك القطة ــ سمك الأرنب ــ سمك الصخر وسمك Stargazers." خطرة جداً "

المظاهر السريرية:

وخز السمك يتظاهر عادة بتسلخات وتهتك بالجلد يصاحبه أعراضاً مؤلمة أو جروح نقطية قد يستمر الألم الشديد لعدة ساعات.

قد يشبه ذلك الحمامي والتورم التهاب النسيج الخلوي الانتاني.

المعالجة:

1 ــ الماء الحار:

" وسمك الأسد وأسماك العقرب" الأخرى. Stingrays وWeaver هو فعال جداً في معالجة لدغ سمك"

الجزء المتأذي يجب أن يغطس في ماء أكثر سخونة يمكن أن يتحمله المصاب لمدة 30 دقيقة.

2 ــ مضادات الهيستامين.

3 ــ الستيروئيدات القشرية.

الحالات الشديدة قد تحتاج لستيروئيدات قشرية موضعية وجهازية.

الشكل 151 ا: حساسية سموم السمك

شعبة اللامعائيات

Phylum Coelentrata

' وأنواع أخرى تعيش في ماء المحيط.Hydroidsهذه العائلة تشمل السمك الهلامي ــ الهيدريات"

" والسمك الهلاميPotuguese Man-of-War"

الاكزيما نتيجة الملامسة للمجسات للحيوان الذي قد يكون أزرق أو أحمر اللون وله العديد من المجسات طافية التي تحتوي على سائل يحوي الذيفانات والسموم التي تصل الجلد عبر المجسات على طول أطرافها.

السم هو عصبي قد يسبب في الأطفال الحساسين أكزيما شديدة وقد تودي إلى الموت.

الأماكن الأكثر إصابة هي الساعدين، القدمين والفخدين وجانبي الجذع.

الشكل رقم 151ب : قنديل البحر

Portuguese man of war

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية:

Barbsآفات حمامية أو شرورية وأحياناً نزفية، خطية الشكل تظهر في موقع التماس مع الزوائد "العضويات. إحساس بالألم الشديد والوخز الحاد هما مظاهر شائعة.Tentaclesوالمجسات"

المظاهر الجهازية:

غثيان ــ إقياء ــ وألم بطني.

صعوبة التنفس وتعب وخوار.

هياج واضطرابات عاطفية.

المعالجة:

" من الجلد.Tentaclesيمكن استخدام طرق مختلفة، وهي تعتمد على إزالة الزوائد "

المعالجة الموضعية:

غسل المنطقة المصابة بالماء وفركها بالرمل الجاف وكشط المنطقة بسكين حاد.

غسل المنطقة ثانية وتطبيق مرهم ستيرويد موضعي.

الغازات الأروماتية مثل الأمونيا على المنطقة المصابة قد تسبب شفاء الأعراض.

المعالجة الجهازية:

الحالات الخفيفة: تستجيب بشكل جيد لمضادات الهيستامين الفموية.

" أو حقن من الستيرويدات القشرية مثل ACTHالحالات الشديدة: قد تعطي حقنة عضلية من"

" ومضادات الهيستامين وريدياً. هذه الأدوية تسبب عادة تحسناً مفاجئاً Solu - Medrol(سلوميدرول)"

ودراماتيكياً.

أكزيما السباحين (مستحمى البحر)

Seabathers dermatitis

الآفات الشروية الحمامية قد تظهر بعد عدة ساعات من الاستحمام في مياه المحيط أو الأماكن الأخرى.

الأماكن الأكثر إصابة هي المناطق المغطاة بلباس السباحة.

(43/2)

الشكل 151 ج: حساسية المسابح(من مركبات الكلور ومضاد الفطور)

)Fig.151c.Swimming pool dermatitis(Due to Chlorine&Algicid(

الشكل رقم 151 د: حساسية السباحة في اليحر

Fig. 151d .Seabather's dermatitis

في الأطفال تظهر الافات بشكل رئيسي على الأرداف وحول الحزام على مناطق الضغط للباس السباحة.

أو السمك الهلامي وكائنات أخرى.Schistosomaقد ينجم الطفح على المنشقات

المعالجة:

مرهم ستيرويدات قشرية موضعياً.

مضادات الهيستامين فموياً قد يكون فعالاً في منع الحكة.

ستيرويدات جهازية نادراً مايحتاج إليها.

لدغات الأفاعي

Snake Injuries

تأثيرات عضة الأفاعي تعتمد على تركيب السم.

شدة المضاعفات تعتمد على نوع الذيفان الموجود في سموم الأفاعي المختلفة.

" كوبرا تحدث تورم موضعي ــ نخز ــ شذوذات دموية ونقص المتممة.Spittingعضات الــ"

الأنواع الأخرى تحوي سم عصبي يتدخل في آلية النقل في الوصل العصبي العضلي مع اضطرابات تخثرية شديدة بالدم.

معالجة عضة الأفعى:

الإسعافات الأولية لعضات الأفاعي قد تغيرت منذ عام 1979 حيث إن الرباط الضاغط الجبيرة استعملت كطريقة ذات فعالية إيجابية فى الإسعاف الأولي وقد أدخلت تلك الطريقة وأثبتت أنها فعالة.

الطريقة:

تتألف من تطبيق رباط ضاغط قوي على الطرف المعضوض، ويثبت بواسطة جبيرة.

إذا كان لا يمكن تطبيق هذه الطريقة ولحفظ الوقت، فيمكن تثبيت رباط ضاغط مباشرة من أي قماش متوفر يمكن استخدامها. هذا الربط يجب أن لايكون مشدوداً جداً ولارخواً جداً. فقط لمنع جريان الدم الوريدي واللمفاوي وليس لمنع الجريان الشرياني.

اللقاح المضاد للسم النوعي إذا حدد نوع الأفعى أو اللقاح ذو فائدة عظيمة.

مص مكان العضة يمكن استخدامه في حال عدم وجود أي رض أو منطقة متقرحة في الشفتين والفم.

أجهزة الشفط الخاصة متوفرة ويمكن استخدامها.

إذا كان هناك استطباب لذلك خاصة لتحديد نوع السم.

الوسائل المضادة للصدمة

(44/2)

معالجة الانتان الثانوي والجلد المتسحج.

طرق تحديد نوع سم الأفعى:

طريقة المعايرة المناعية للأنزيم على البول يمكن استخدامها.

أخذ مسحات من مكان العضة أو المصل قد يسمح بتحديد السم خلال 30 دقيقة.

لدغ العقرب

Scorpoin Sting

العقارب منتشرة جداً في المناطق المدارية وماتحت المدارية، لدغتها السامة هي المسؤولة عن المضاعفات والوفيات العالية، خاصة في الرضع والأطفال الصغار.

يحمل السم فى المكان المعقوف في طرف الذيل وتتجه فوق رأس العقرب لتصطاد فريستها.

) ونظيرة ودية Adrenergicالمركب الرئيسي في السم هو عامل سمي عصبي ذو تأثيرات ودية(

)، لكن بعض السموم تحوي أيضاً 5 ــ هيدروكسي تريبتامين.Cholinergic(

الشكل رقم 152: عقرب

بعض العقارب غير مؤذية تماماً، ووخزاتها ذات تأثير قليل.

المظاهر السريرية:

تأثيرات وخزات العقارب قد تكون موضعية أو جهازية.

التأثيرات الموضعية:

هي مفاجئة عادة، تتظاهر بألم حارق شديد، وتنميل في الطرف المصاب وتورم واضح.

التأثيرات الجهازية:

المظاهر الجهازية تشمل توتر وعدم ارتياح ــ تشنجات عضلية صعوبة الكلام، زيادة واضحة في اللعاب والدمع. تسرع القلب، بطء دقات القلب.

الإحساس بضيق وشد يحدث في الحلق.

يحدث الموت عادة بسبب القصور التنفسي أو القلبي.

المعالجة:

1 ــ يجب تطبيق مكربة في الناحية الدانية في المكان المصاب مباشرة وتحرير المكربة كل 10 دقائق.

2 ــ أكياس الثلج يجب أن تطبق لمدة ساعتين على مكان اللدغة.

3 ــ حقن مخدر موضعي حول مكان اللدغة يفيد في تخفيف الألم.

4 ــ الترياق النوعي للسم حقناً وريدياً هو المعالجة المفضلة.

5 ــ اتروبين لمعاكسة التأثيرات نظيرة الودية للسم.

6 ــ حاصرات الودي لمعاكسة التأثيرات على القلب والأوعية.

7 ــ الباربتيورات لمعاكسة التأثير العصبية.

8 ــ الستيرويدات القشرية في بعض الحالات المصحوبة بمضاعفات شديدة.

ملاحظة:

الديميرول مضاد استطباب ولايعطى مطلقاً في مثل تلك الحالات.

المراجع

Alexander JO'D. Scabies. In: Arthropods and Human Skin. Berlin :Springer-Verlag, 1984: .92–227

1

Bartley WC, Mellanby K. The parasitology of human scabies (women and children). Parasitology 1944; 35: .8–207

2

Van Neste DJJ. Human scabies in perspective. Int J Dermatol 1988; .15–10 :27

3

Alexander JO'D. Scabies. In: Arthropods and Human Skin. Berlin :Springer-Verlag, 1984; .92–227

4

Funaki B, Elpem DJ. Scabies epidemiology ,Kauai, Hawaii, 1985–1981. IntJDermatol 1987; .26:5902

5

Dahl MV. The immune system in scabies. ln: Orkin M, Maibach HI, eds. Cutaneous Infestations and Insect Bites. New York: Marcel Dekker, .83–1985:75

6

Van Neste DJJ .Human scabies in perspective. Int J Dermatol 1988; 27: .15–10

7

Bean SF .Bullous scabies. J Am Med Assoc 1974; 230: .878

8

Hurwitz S. Scabies in babies. Am J Dis Child 1973; 126: .8–226

9

Clayton TM. Treatment of scabies by T.E.T.M.S. Br Med J 1943; 1: .5–443

10

Cubela V, Yawalkar SJ .Clinical experience with crotamiton cream and lotion in the treatment of infants with scabies. Br J Clin Pract 1978; 32: .31–229

11

Ginsburg CM, Lowry W ,Reisch JS. Absorption of lindane (gamma benzene

hexachloride) in infants and children. J Pediatr 1977; 91: 998-l.000

12

Hewitt M, Barrow GI, Miller DC et al. Mites in the personal environment and their role in skin disease. Br J Dermatol 1973; 89: .9–401

13

Alexander JO‘D. Reactions to Dipterous biting flies. In: Arthropods and Human Skin- Berlin: Springer-Verlag, .33–115 :1984

14

Matusow RJ. Oral inflammatory responses to a sting from Portugese man-oX war .

J Am Dent Assoc 1980; 100: 5–73. Hoeffler DF. Swimmers itch. Cutis 1977; :19 .7–461

15

Bernhardt MJ, Mandojana RM. Sea bathers eruption. Clin Dermatol–101 :5 ;1987 .2

16

Hoeffler DF. Swimmers itch. Cutis 1977; .7–461 :19

17

Kettle DS. Medical and Veterinary Entomology. London: Croom Helm, .1984

18

Medley S. A dog bite wound infected with Pasteurella pneumotropica. Med J Australia 1977; 2: .5–224

19

Brenner DJ, Hollis DG ,Fanning GR et al. Capnocytophaga canimorsus sp. nov. (Formerly CDC group DF- ,(2a cause of septicaemia following dog bite, and C. cynadegmi sp. nov., a cause of local wound infection following dog bite. J Clin

20

Stawiski MA. Insect bites and stings. Emerg Clin North Am 1985; 3(4): .808–785

21
Burns DA .The investigation and management of arthropod bites acquired in the home. Clin Exp Dermatol .20−114 :12 ;1987 Microbiol 1989; 27: .5−231
22
Warrell DA .Animal poisons - scorpion stings. In: Manson-Bahr PEC, Bell DR, eds. Manson‘s Tropical Diseases 19th edn. London: BalliEre Tindall, .90−889 :1987
23
Alexander JO‘D. Scorpion stings. In: Arthropods and Human Skin .Berlin: Springer-Verlag, 1984: .207−199
24
Medley S. A dog bite wound infected with Pasteurella pneumotropica. Med J Australia 1977; .5−224 :2
25
Gueron M, Yaron R. Cardiovascular manifestations of severe scorpion sting. Clinicopathologic correlations. Chest 1970; .62−156 :57
26

Pearn J, Morrison J, Charles N et al. First-aid of snake bite. Efficacy of a constrictive bandage with limb immobilization in the management of human envenomation. Med J Aust 1981; 2: .5−293
27

الفصل الرابع عشر التظاهرات الجلدية للديدان الطبية

الديدان الطبية الأكثر شيوعاً التي ذات ولع بالجلد، ويترافق مع مظاهر جلدية هي:

(:Nematodeالديدان المدورة الخيطية (الحبليات)

" واليرقة Strongyloidesالحرقص) الفتاكة الأميركية ــ الملقوات العفجية "Oxyriusالأكسيورة)

الهاجرة.

الديدان المدورة النسجية: النحيطيات ــ اللوالوا ودودة المدينة.

"Cestodaالشريطيات"

الشريطية الوحيدة والمشوكة الحبيبية.

"Trematodaالمثقوبات "

المنشقات الحشوية والمنشقات الجلدية.

المظاهر الجلدية للديدان الخيطية

الديدان المعوية

)Enterobiasis(

"Entrobius Vermicularisالديدان الخيطية ــ الديدان الدبوسية "

الديدان الدبوسية هي أشيع الديدان البشرية وتصيب عادة الأطفال. العدوى ينجم عن ابتلاع الطعام أو الشراب الملوث ببيوض الطفيليات أو عبر الأصابع الملوثة.

الشكل رقم 153: بيض الديدان المعوية

)Entrobius Vermicularis(

تنضج البيوض في المستقيم حيث بعد أسبوعين تفقس البيوض وتهاجر الأنثى خارج الشرج خاصة ليلاً لتضع بيوضاً أكثر فأكثر.

أثناء الهجرة تسبب حكة شديدة حيث تحمل البيوض تحت الأظافر أثناء الحك أو على الأصابع وتلك من الطرق الرئيسية لعودة العدوى.

طرق العدوى:

بيوض الديدان المحمولة على أظافر اليدين الملوثة أثناء حك الناحية الشرجية يشكل أهم وسيلة للعدوى.

الغبار الملوث حيث قد تعيش البيوض فيه حتى 13 يوم.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية:

تسحج الجلد والآفات الشروية.

الحكة الليلية، شرجية، مهبلية وعجانية ليلاً قد تكون شديدة تحدث نوماً مضطرباً وهياجاً.

الحمامي العجانية والانتان الثانوي والبوال الليلي.

حكة فرجية تخريشية وافرازات مخاطية.

المظاهر العامة :

التهاب البريتون والتهاب الملحقات هي اختلاطات نادرة.

الأعراض الأخرى كالهياج والقلق الليلي والسلس البولي.

التشخيص:

الحكة العجانية وإظهار الديدان في البراز.

وضع لاصق شفاف على الناحية العجانية أفضل صباحاً ثم تزال وتوضع على شريحة زجاجية وتفحص بالمجهر الضوئي بقوة صغيرة قد تبدي البيوض.

طرق المعالجة:

الطرق العامة:

النظافة العامة، يجب على الطفل أن يتعلم غسل يديه مباشرة بعد الخروج من المرحاض وقبل الطعام.

يجب المحافظة على الأظافر قصيرة.

النظافة العامة للأغطية السريرية والمراحيض والبيوت للقضاء على البيوض.

بديل الملابس الداخلية وأغطية الفراش.

غلي الثياب المتوقع إصابتها وكذلك الأغطية على الأقل أثناء المعالجة.

تهوية غرفة النوم وكنسها وتنظيفها باستمرار خاصة إذا كانت الأرض مغطاة بالسجاد.

المعالجة النوعية:

) هو الدواء المختار.Antepar سترات البيرازين (

يعطى جرعة يومية واحدة من 65 ملغ/كغ أو جرعة مفردة كبيرة (لا تتجاوز 2500 ملغ)، ويؤخذ قبل الفطور بساعة واحدة ممزوجاً مع ملين مثل (السنامكة) لمدة ثمانية أيام متتالية. الدواء آمن لكنه يجب عدم إعطاءه في حالات القصور الكلوي أو حالات الصرع غير المسيطر عليها.

10) ملغ/كغ فعال أيضاً. ;Pyrental pamoate بيرازين 100 ملغ/كغ و(بيرانتال باموت

) دواء فعال يعطى بجرعة واحدة 100 ملغ. في حالة عودة الانتان يمكن Mebendazole ميباندازول: (

تكراره بعد أسبوعين بإعطاء 100 ملغ ميبندازول مرتين يومياً لمدة 3 أيام متتالية.

) يعطى بجرعة وحيدة 5 ملغ / كغ . يمكن تكرارها بعد أسبوع Pyrivium pamoateبيريفيوم باموات:(
ويجب الملاحظة أن البراز خلال المعالجة يصبح أحمر فاتح .
) الجرعة 25ملغ/ كغ بجرعتين متساويتين ليوم واحد يمكن تكرارها بعد Thiabendazoleالثيابندازول: (
أسبوع.

(49/2)

مضادات الهيستامين (شراب) يمكن استخدامه لمعالجة الهرش ويمكن زيادة الجرعة بالليل حتى تساعد المصاب على النوم.
الحكة المقلقة الشديدة قد تحتاج إلى الستيرويدات (كريم) موضعياً يمكن استخدامها إذا كانت الحكة شديدة ومستمرة.
الديدان التنينية
ديدان المدينية
Dracunculosis
هي التهاب مزمن ينجم عن ديدان تسمى ديدان غينيا، أو دودة المدينة.
هي ديدان خيطية حيث الأنثى قد تصل إلى طول أكثر من متر واحد. يحدث المرض في الهند، غرب أفريقيا وشرق وسط أفريقيا، منطقة الخليج، اليمن، إيران وباكستان وغرب المحيط الهادي.
" براغيث الماء. الأنثى Cyclopsيحدث العدوى بشرب ماء ملوث بالقشرانيات الصغيرة التابعة لجنس الـــ"
البالغة تنضج خلال فترة سنة في الإنسان وتفرز اليرقات عبر آفة جلدية متقرحة، آلاف اليرقات تنتج ــ خاصة عندما تصبح المنطقة المتقرحة على تماس مع الماء التي يمكن أن تبقى من 3 ــ 4 أيام وتتطور أكثر في براغيث الماء.
طرق العدوى:
إصابة الإنسان تتلو شرب ماء من البرك والآبار الملوثة والحاوية على أنواع براغيث الماء المصابة.
تتحرر اليرقات وتثقب الأمعاء والنضج الإضافي يحدث في المسافة خلف البريتون أو أماكن أخرى حيث
) بعد 3 أشهر والذكور تموت بعد ذلك. الإناث تنمو وتهاجر نحو الأسفل عادة Matingيحصل التزاوج(
إلى الأطراف السفلية وتثقب الجلد في الساق. عندما تغطس الساق في الماء، يظهر سائل حليبي مليء

باليرقات، وبعد قذفها كلها فإن اليرقات تكمل دورة حياتها هناك.

المظاهر السريرية:

المظاهر البنوية:

هي خفيفة عادة وتبدأ عندما تبدأ اليرقات بالهجرة إلى الجلد.

المظاهر العامة:

هي حمى خفيفة ــ صداع ــ دعث واضطرابات معدية معوية.

المظاهر الجلدية:

آفات الجلد هي بشكل حطاطة أو تقرح في موقع الدودة تحت الجلد.

ثم تصبح حويصلة، وفقاعة كبيرة قد تتقرح، وقد يلاحظ رأس الدودة في القرحة بشكل خيط لولبي /حلزوني الشكل/.

(50/2)

الشري المعمم والحكة الخفيفة. كل المظاهر العامة قد تغيب بعد تقرح الجلد وبدء الدودة بطرح يرقاتها.

الانتان الجرثومي الثانوي للقرحة مخرب أكثر للنسج.

المعالجة:

تأمين الماء النظيف للشرب.

" .Cyclopsتنظيف وتعقيم الآبار من براغيث الماء"

غلي الماء في المناطق الموبوءة قد يقتل براغيث الماء .

الشكل رقم 154: طفح دودة المدينة

المعالجة النوعية:

)في زيت الزيتون عادة تقتل الديدان.Phenothiazineالمعالجة المختارة هي حقن الفينوثيازين (

يجب الحذر الشديد لكي لاتسحب الدودة بشكل قوي حتى لاتحدث انفصال غير مطلوب للدودة تاركاً جزءاً باقياً في النسيج تحت الجلد.

) يعطى يومياً لمدة Benzomidazole, Metronidazoleبنزيميدازول فموي مثل المترونيدازول (

أسبوع، يمكنه قتل الدودة التي يمكن استخراجها من الجلد بلطف.

الطرق التقليديه للعلاج:

"بعض المواطنين في المناطق الموبوءة لديهم طرقهم الخاصة للتخلص من الدودة". حالما يصبح جزء من الدودة ظاهراً من خلال سطح الجلد فإن الساق المصاب يغطس في ماء لفترة معينة إذ تمد الدودة جسمها بعد ذلك أكثر في الماء الموجود.

المريض لديه خبرة لسحبها بلطف ولفها على عود، ويكرر هذه العملية يومياً بحذر وبانتباه شديد وصبر حتى يتم نزع الدودة كاملة.

البلهارسيا

Bilharziasis

داء المنشقات هو مرض جهازي خطير، يحدث بعدة أنواع.

": الطفوح قد تحدث أثناء المرحلة Schistosoma or blood flukeالمنشقات الدموية (الفلوك الدموي) "

) . الجلد يكون نافذاً للمذنبات Cercariaالغازية في المرض بعد ثقب الجلد والأغشية المخاطية بالمذنبات (وأخيراً قد يوجد إصابة جلدية في أو قرب السطوح المخاطية الجلدية وأقل شيوعاً بشكل أبعد على الجذع بعد انتشار البيوض.

المجموعة الثانية من المنشقات الغير إنسانية تسبب أعراضاً جلدية فقط.

(حكة السباحين) أو التهاب جلد بالمذنبات هو مثال عن هذا النوع.

أــ المظاهر الجلدية لداء البلهارسيا الجلدي :

---

1 ــ التهاب الجلد بالمنشقات

ينجم عن غزو المذنبات للجلد أثناء السباحة أو المشي في الماء .

الشكل رقم 155: ورم حبيبي بلهارسي

الصورة السريرية:

حكة وحمامي مؤقتة عابرة بعد أن يغادر السباح الماء وتنقص بعد عدة ساعات لتعود ثانية.

اللطاخات الحمامية والحطاطات تظهر على المناطق التي غطست بالماء. الحالة قد تستمر لعدة أيام وبعدها غالباً مايتم الشفاء.

المعالجة:

الحالات الخفيفة لاتحتاج لمعالجة.

مضادات الهيستامين والستيرويد موضعياً قد يحتاج إليها لتخفيف الحكة.

فرك وتجفيف الجلد بالقماش قد يمنع الحكة.

2 ـــ الارتكاسات الشروية:

في الأسابيع الأولى من المرض تحدث عادة بعد دخول المذنبات إلى الجلد، وقد تكون شديدة وتسمى أحياناً "الحمى الشروية".

3 ـــ ورم حبيبي جانب المنطقة التناسلية والأقنية الناسورية:

قد تبدأ بأعراض خفيفة مثل حكة والاندفاع حمامي لطاخي أو حطاطي بسبب دخول المذنبات إلى الجلد من مصدر الماء الملوث. تزول الأعراض عادة بعد وقت قصير وبعد عدة سنوات المظاهر تكون شديدة بسبب إصابة الأعضاء الداخلية والجلد.

المظاهر الجلدية المتأخرة تكون بشكل شري ـــ قرحات جلدية وورم حبيبي بالبلهارسيا على الأعضاء التناسلية الظاهرة عادة مع تندبات تشبه وردة القرنبيط" Caulifower" وقد يظهر أيضاً نوع لويحي أو عقيدي قاس من الورم الحبيبي البلهارسي على الجذع ويصبح متقشراً ومصطفاً بشكل غامق.

4 ـــ داء المنشقات الجلدية الهاجرة:

أماكن الهجرة لإدخال البيوض تظهر عادة أثناء هجرة الدودة عبر الضفيرة الوريدية جانب الفقرية.

إصابة الجلد قد تحدث إما كنتيجة للدخول الأولى للمذنبات الحية الحرة المائية أو في المراحل الأخيرة من الالتهاب التالي للوضع البعيد للدودة أو البيوض.

في داء البلهارسيا الجلدية الهاجرة قد تصبح البيوض مترسبه أو مركزة في الجلد وأماكن بعيدة أخرى مثل الملتحمة والجذع والرئتين والجهاز العصبي المركزي.

المنطقة حول السرة هي مكان شائع لكن المناطق الأخرى قد تصاب. في بعض الحالات الآفات تكون ذات توزع قطعي أو نطاقي الشكل (يشبه داء المنطقة).

المظاهر العامة للبلهارسيا الهاجرة:

الآفة البدئية هي حطاطة مكتنزة، رصاصية اللون متوهجة تصل لحجم 2 ــ 3 ملم الشكل لويحات مرتفعة قليلاً مع حواف غير منتظمة وسطح ذو حلمات.

الجلد فوق العقيدات القديمة تصبح مصطبغاً بشدة، ومتقشراً وقد يكون أخيراً بشكل متقرح، قد يحدث بقعة ناقصة الصباغ بعد الشفاء.

ب ــ المظاهر العامة للبلهارسيا:

حمى ــ برفرية ــ دعث ــ ألم مفصلي ــ مغص بطني ــ وإسهال.

ضخامة كبدية طحالية.

الأعراض تزول خلال حوالي 4 ــ 6 أسابيع.

ج ــ المظاهر الجهازية للبلهارسيا:

تشمع كبدي.

إصابة معوية.

إصابة المجاري البولية.

انتان الكلية والمثانة قد يؤدي إلى كارسينوما في المثانة.

قد يصاب القلب والجهاز العصبي المركزي والشبكية بالطفيلي وحيد الخلية.

معالجة البلهارسيا:

طرق الوقاية:

منع التماس مفرزات الإنسان مع الماء.

القضاء على القواقع في المياه.

الطرق النوعية:

" والاستيبان كلها "Triostan ، التريوزان" Stibophen) أو الستيبوفين"Tartar emeticايمتيك تارتار (

أدوية متنوعة تستعمل في علاج البلهارسيا.

) فعال أيضاً.Ambibharالنيريدازول (

الداء الأميبي

هو مرض شائع جداً يحدثه الأميبا الحالة للنسج. المرض مستوطن في كل الأجزاء الحارة والدافئة من العالم مع ذات المستوي المعيشي المنخفض والحالة الصحية المنخفضة.

الإنذار خطير في الحالات المهملة عند الرضع.

المظاهر السريرية:

الزحار الأميبي: يحدث بسبب غزو النواشط المخاطية الأمعاء الغليظة.

الآفات الإنتقالية: هي آفات نازفة بسبب عبور النواشط الزحارية من الأمعاء إلى المجري الدموي مسببة خراجات انتقالية خاصة في الكبد.

الأعراض الجلدية:

(53/2)

تبدأ معظم الآعراض بشكل خراجات عميقة، تتمزق وتشكل تقرحات مع حواف متمسكة حبلية الشكل مرتفعة متميزة محاطة بهالة حمامية وقاعدة القرحة مغطاة بنسيج نخزي وقيح مخاطي توجد فيه الأميبات.

الداء الأميبي الجلدي يحدث عندما تهرب الأميبات الغازية من الأمعاء إلى الجلد خاصة على الجلد والبطن والأعضاء التناسلية الظاهرة والأرداف. يمكن لداء الأميبا الجلدي أن ينتشر بسرعة شديدة وقد ينتهي بالموت. لذلك فإن التشخيص الباكر والمعالجة الباكر مهمة.

آفة مفردة قد تشخص خطأ على أنها ورم بشروي سليم أو تدرن أو التهاب الجلد الثؤلولي.

أعراض الأغشية المخاطية:

قد تصاب الأغشية المخاطية عندما تتغرس الأميبات في الأغشية المخاطية وأكثر الأماكن إصابة هي مخاطية المهبل، عنق الرحم، وحشفة القضيب ونادراً مايصاب الفم.

التشخيص:

1ــ فحص المادة الطازجة المأخوذة من الآفة الجلدية تظهر بانتظام الاميبيات. ويجب ملاحظة إن تؤخذ المسحات من حواف القرحة بعيداً عن النسيج النخزي.

وتفحص مباشرة تحت المجهر الضوئي.

إظهار النواسط المتحركة الحاوية على كريات دم حمراء هو تاكيد للتشخيص.

2 ــ الاختبارات المصلية: مفيدة في المسح خاصة أطفال المدارس. فحوصات براز متتالية يجب أن تجري.

المعالجة:

) : جرعة البالغين المنصوص عليها هي 800 ملغ فموياً ثلاث مرات Metronidazoleالميترونيدازول (يومياً لمدة 10 أيام.

500) ملغ 3 مرات يومياً أو يتبع بــ دي Diloxanideقد يشارك هذا الدواء مع الديلوكسانيد فيوريت (
يودوهيدروكسي كينين: 650 ملغ ثلاث مرات يومياً لمدة 21 يوماً للقضاء على المتكيسات المعوية.
التنظيف الموضعي للقرحة الجلدية بالمطهرات قد تكون ضرورية.
الخراج الكبدي يحتاج لتفجير، ويجري بأمان أكثر بواسطة البزل بالإبرة.
المعالجة الفعالة تتبع عادة بالشفاء الكامل للآفة الجلدية بدون حاجة للمعالجة التجميلية.
داء المشعرات (التريكوموناس)
Trichomonasis

(54/2)

المشعرات المهبلية هو مرض البالغين لكنه قد يصيب الاطفال نتيجة للالتهاب المباشر وغير المباشر.
يوجد هذا المرض في العالم ويصيب كل العروق والأجناس لكنه أكثر شيوعاً عند الزنوج رغم أن الانتان أكثر شيوعاً في العقد الثاني والثالث من العمر. الأعمار الصغيرة وحتى الرضع وبعض البالغين يحملون المرض دون ظهور أعراض عليهم خاصة بين الذكور. يمكن عزل الطفيلي من حوالي 15% من الذكور المصابين بالتهاب الاحليل اللانوعي للمفرزات إذ قد تكون الإفرازات في مجرى البول قليلة.
طرق العدوى:
العدوى المباشرة أثناء الجماع الجنسي.
العدوى غير المباشرة: الرضع والاطفال. الصغار قد يصابون بالالتهاب من الأبوين المصابين .
الحالة قد تترافق بشكل متكرر بالسيلان البني، أحياناً قد تحدث العدوى بالمشعرات بطريق غير جنسي.
الشكل رقم 156: عضويات التريكوموناس المهبلية
(المشعرات)
المظاهر السريرية:
يغزو الطفيلي المهبل والاحليل عند النساء مسبباً التهاب مهبل والتهاب فرج مع افرازات صفراء شاحبة كريهة الرائحة ــ رغوية. المشعرات تسبب عادة افرازات غزيرة مع احتقان مهبلية أو تخريش وتكرار البول.
رائحة الافرازات غالباً سيئة رغم أن هذا المظهر غير نوعي. في بعض الحالات يمكن ملاحظة فقاعات

هوائية في الافرازات المخاطية المهبلية وسطوح عنق الرحم تصاب وأحياناً تغطي بالنزف النقطية. حرقان الفرج والحكة مع التهاب الجلد المحيط به من الأعراض الشائعة بينما انتان (غدد سكين أو بيرثولان) مع تشكل خراج، نادراً مايحدث.

عند الذكور تحدث الحالة مع التهاب الاحليل لانوعي في حتى 5% من الحالات وقد يحدث التهاب الحشفة. العامل المحرض قد يستوطن البروستات بدون أعراض.

المعالجة:

400) ملغ/ يوم لمدة 5 أيام. Metronidazoleالمعالجة الأساسية والمعيارية هي المتروويندازول(

الجرعة الوحيدة (أربع حبات 500 ملغ) يمكن أن تعطي بشكل جرعة وحيدة وهي فعالة أيضاً.

(55/2)

"إلى ليتر واحد من الماء الدافئ Vinegarالمغاطس البسيطة قد تفيد في إزالة الأعراض المهبلية 20 مل "

.

الاندفاع الزاحف

Creeping Eruption

هو اندفاع جلدي يحدث بشكل رئيسي بيرقات الديدان الشصية، الملقوات البرازيلية وبشكل أقل باليرقات

) التي تنفذ عبر الجلد Strongyloidesالأخرى مثل الملقوات الكرانية، ذبابة الخيل أو يرقات الحبليات (

أثناء المشي حافياً خاصة عند الاطفال. الأماكن الأشيع إصابة هي القدمين والأرداف والأعضاء التناسلية واليدين الحالة شائعة في كل المناخات الدافئة.

طرق العدوى:

)البالغة تعيش في أمعاء الكلاب والقطط. البيوض التي تترسب في براز Hook worms الدودة الخطافيه (

الحيوانات في الظروف الجيدة والملائمة في المناطق الدافئة الرطبة الرملية الظليلة تفقس البيوض وتتحول إلى يرقة يمكنها عبور جلد الإنسان.

العدوى تكتسب بواسطة الأطفال من الأتربة، الشاطئ الرملي ومجاري الماء.

المظاهر السريرية:

حكة خفيفة في مكان دخول اليرقة إلى الجلد، تصبح بعد ذلك أكثر شدة محدثة تسحجاً وانتان ثانوي في

المكان.

يوجد خط أحمر رقيق حلزوني لولبي على طول طريق هجرة اليرقة داخل الجلد وهذا الخط يتقاطع مع حطاطات صغيرة حيث تختفي اليرقة فيها.

يمكن نزع اليرقة من الجلد أثناء الحكة الشديدة وقد يمكن إظهارها تحت أظافر اليدين. بعض حالات الاندفاع الزاحف قد تبدي ارتشاح في الرئتين بالحمضيات (تناذر لوفلر).

Fig.156b.Creeping eruption

الشكل 156ب. الاندفاع الزاحف

المعالجة:

معالجة الأعراض:

مضادات الهيستامين وستيروئيد موضعي خفيف لمنع الحكة الشديدة.

المضادات الحيوية في الحالات المختلطة بانتان جرثومي ثانوي.

تجميد اليرقات بإرذات إيثيل كلورايد هي طريقة قديمة وفعالة.

الثيابندازول (منتي زول Mentezole-Merk Sharp& Dohome): جرعة 25 ملغ مرتين يومياً ليومين متتاليين.

الدواء المختار هو التطبيق الموضعي للثيابندازول 10%.

(56/2)

سواء يستخدم المستحضر الفموي المتوفر تجارياً مباشرة أو حبتان 0.5غ من الثابندازول تمزج في 10 غ من البترولايوم (الفازلين)، ويطبق مرتين يومياً. حيث أن 95% من الحالات تشفي خلال أسبوع.

"المثيابندازول" الفموي أقل فعالية وأكثر سمية.

حكة التراب

Ground Itch

" هو اندفاع على الاخمصين والأفوات والكاحلين عادة بسبب اختراق الجلد Dew itch حكة التراب"

أو Round worm بيرقات الديدان الشحية والملقوان العفجية والفتاكة الأميركية والديدان المدورة الحبلية Strongeloides. المرض منتشر في المناطق المدارية وما تحت المدارية.

الصورة السريرية:

الأعراض البنوية: أشد عند الأطفال مثل فقر الدم ـــ الوهن ـــ نقص التركيز ـــ اضطرابات دورانية ـــ عصبية و هضمية.

المظاهر الجلدية: تظهر قبل الإصابة الجهازية بالديدان بحوالي 2 ـــ 3 أشهر .

الأعراض الجلدية: حطاطات ولطاخات حمامية تظهر في موقع دخول اليرقات إلى الجلد وأخيراً تتشكل الحويصلات و البثرات و التقرح.

القرحة الخاملة:

غير منتظمة ذات حواف مدورة مرتفعة قليلاً مغطاة بفتحة قيحية نخرية قد تحدث الآفات الشروية والحكة الشديدة أثناء سير المرض حيث يصبح الجلد أخيراً شاحبا أو بلون الأرض (ترابي).

التشخيص:

إظهار بيوض الديدان الشصية في البراز.

المعالجة:

"تتراكلوراثيلين":

لمعالجة الفتاكة الأميركية، جرعة الأطفال 0.06 سم3/باوند من وزن الطفل بينما جرعة الكبار هي 5سم3 تعطى مع حليب خالي الدسم ويجب تجنب الدسم والزيوت ولاضرورة للملينات.

"الثيابندازول": فعال أيضاً.

(Alcoparيجب ملاحظة أن الاسكاريس يوجد مشاركاً مع الملقوات. ويجب معالجة الاسكاريس أولاً بالــ(قبل استخدام تتراكلورايثيلين.

داء الملقوات

(داء الديدان الشصية)

Ancylostomiasis

الديدان البالغة تعيش في الأثنى عشر (العفج) ورأسها يرتبط بقوة بالغشاء المخاطي وتسبب نزف.

النزف يؤدي إلى فقر دم ونقص بروتينات الدم. اضطرابات هضمية وتأخر في نمو المصاب.

آلاف البيوض تعبر في البراز حيث يمكنها مقاومة الجفاف.

في ظروف ملائمة من الدفيء والرطوبة، تفقس البيوض وتتحول إلى يرقات متحركة، وبعد 5 أيام وأكثر تتحول إلى يرقات خيطية الشكل خامجة، وتهاجر نحو الأعلي عبر التراب والعشب وبعد فترة من التماس مع جلد الإنسان تخترق اليرقات الجلد.

المشي حافياً هو الطريقة الأشيع للعدوى، والأماكن المفضلة للانتقال تشمل التراب ماحول المنازل مثل المزروعات، الحقول المزروعة والمناجم .

المظاهر السريرية:

بعد اختراق الجلد، تهاجر اليرقات خلال يوم أو يومين عبر الدورة الدموية إلى الرئتين وتسير عبر القصبات الهوائية حيث تبتلع وتسير للأسفل إلى المري وتصل للاثنى عشر والبلعوم وهذا يحدث في 4 ـــ 6 أسابيع.

في المرور عبر الرئتين تسبب التهاب الحويصلات الهوائية والتهاب بالرئة.

التشخيص:

يمكن الوصول للتشخيص بـــ:

الأعراض المميزة:

التهاب الرئة الملاحظ شعاعياً تميز داء لوفلر.

فرط الحمضيات.

يمكن إثبات التشخيص بإظهار البيوض المميزة في البراز.

المعالجة:

حكة التراب تعالج بكريم مضاد للحكة مثل:" الكروتاميتون" و" 1% هيدروكرتيزون".

مضادات الهيستامين الفموي.

الأعراض الرئوية، إذا كانت شديدة. تستجيب للستيروئيدات القشرية.

الانتانات المؤكدة تستجيب لعلاج ثلاثة أيام من "البندازول أو الميبندازول".

مركبات"الحديد" فموياً يعطي لفقر الدم نتيجة نقص الحديد بسبب النزيف المزمن الذي تسببه الديدان.

المراجع

Elgart ML. Onchocerciasis and dracunculosis. Dermatol Clin 1989; 7: 30–323.

Morbidity and Mortality Weekly Report. Regional workshop on dracunculiasis in Africa. MMWR 1987; 35: 797.

1
Watts SJ. Dracunculiasis in Africa in 1986: its geographic extent ,incidence and at-risk population. Am J Trop Med Hyg 1987; 37: .25−119
2

Broadbent V. Children's worms. Br Med J 1975; i: 89. Pearson RD, Irons RP ,Irons RP Jr. Chronic pelvic peritonitis due to the pinworm Enterobius vermicularis. J Am Med Assoc 1981; 245: 1−1340
3
Burke JA .Strongyloidiasis in childhood. Am J Dis Child 1978; 132: 6−1130. von Kuster LC ,Genta RM. Cutaneous manifestations of strongyloidiasis. Arch Dermatol 1988; .30−1826 :124
4
Katz R, Ziegler J, Blank H. The natural course of creeping eruption and treatment with thiabendazole. Arch Dermatol 1975; .4−420 :91
5
Beaver PC, Jung RC, Cupp EW, eds. Clinical Parasitology ,Philadelphia: Lea & Febiger, 1984: .340
6
Davis A. Recent advances in Schistosomiasis. Quart J Med 1986; 58: 110−95. El-Zawahary M. Schistosomal granuloma of the skin. Br J Dermatol 1965; 77: .5−344
7
Gonzalez E .Schistosomiasis, cercarial dermatitis and marine dermatitis. Dermatol Clin .300−291 :7 ;1989
8
Mahmoud AAF, ed. Schistosomiasis. In: Clinical Tropical Medicine and Communicable Diseases. London: Bailliere Tindall.1987 ,

9
Mahmoud AAF. Praziquantel for the treatment of helminthic infections. In:
Stollerman GH, ed. Advances in Internal Medicine 32. Chicago :Year Book Medical
Publishers, 1987: .34–419
10
Torres VM. Dermatological manifestations of Schistosomiasis mansoni. Arch
Dermatol 1976; .42–1539 :112
11
World Health Organization. Atlas of the global distribution of Schistosomiasis.
Parasitic Diseases Programme. WHO, 1987, Geneva351 .
12
Baird JK, Wear DJ. Cercarial dermatitis. The swimmers itch. Clin Dermatol 1987; 5:
.91–88
13

Bernhardt MJ, Mandojana RM. Sea bathers eruption. Clin Dermatol 1987; –101 :5
.2
14
Hoeffler DF. Swimmers itch. Cutis 1977; 19: 7–461.Medical Letter. Drugs for
parasitic infections. Med Let 1988; 30: .24–15
15
Fujita WH, Barr RJ, Gottschalk HR. Cutaneous amoebiasis. Arch Dermatol 1981;
.10–309 :117
16
Martinez-Palomo A. The pathogenesis of amoebiasis. Parasitol Today 1987; 3:
.18–111
17
Knight R. The chemotherapy of amoebiasis. J Antimicrob Chemother 1980; 6:

.93–577

18

Fouts AC, Kraus SJ. Trichomonas vaginalis. Reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. J Infect Dis 1980; 141: .52–137

19

Honigberg B. Trichomonads of importance in human medicine. In: Kreier JP, ed. Parasitic Protozoa 2. New York: Academic Press, 1978: .86–275

20

Lossick JG. Treatment of Trichomonas vaginalis infection. Rev Infect Dis 1982; (Suppl.): S.8–801

21

Foulkes JR. Human trypanosomiasis in Africa. Br Med J 1981; 283: .4–1172

22

Greenwood BM .African trypanosomiasis. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds .Oxford Textbook of Medicine 2nd edn. Oxford: Oxford University Press.1987 ,

23

Gallerano RH, Marr JJ, Sosa RR. Therapeutic efficacy of allopurinol in patients with chronic Chagas' disease. Am J Trop Med Hyg .66–159 :43 ;1990

24

الفصل الخامس عشر الحساسية والمناعة السريرية

Allergy and clinincal immunology

الحساسية هي تغير نوعي مكتسب في قابلية المضيف للتفاعل مع مستضد ما. وهو تفاعل مناعي يعتمد على مركبات ضد ــ مستضد.

التفاعل المناعي الألرجي قد يكون باكراً ويحدث بعد التعرض للمستضد. أو متأخراً يستغرق عدة ساعات أو عدة أيام أو أسابيع حتى يظهر.

أمراض الجلد الألرجية تمثل نسبة كبيرة من الأمراض الجلدية في الاطفال والبالغين.

وظيفة الجلد المناعية:

الجلد هو حاجز بيئي يبدأ بالاستجابة المناعية للأجسام الغريبة الثاقبة (الداخلة فيه)

وهذا يد يؤدي إلى:

تخرب العضويات الالتهابية.

تعديل وإزالة السموم القوية والأنسجة المتأذية.

الجلد يحتوي على بعض العناصر من الجهاز المناعي الذي قد تشير إلى النسيج اللمفاوي المرافق للجلد (SALT) وجهاز الجلد المناعي (SIS.)

تحوي بشرة الإنسان خلايا لا نجرهانز والخلايا الكيراتينية التي عندما تثار سوف تشكل عدة أنواع من السيتوكينات التي تنقل وتحرض تكا ثر وتنمي اللمفاويات والبالعات الكبيرة (Macrophages) والتي تساهم وتحرض وتثير الحساسية.

وظائف الجهاز المناعي في الجلد مثل الأعضاء الأخري في الجسم هي إما غير نوعية أو نوعية.

الجهاز المناعي اللا نوعي (Non specific immune system)

الآلية المناعية اللا نوعية هي الخط الأول من دفاع الجسم عندما يتعرض للمستضد.

وتشمل:

دفاع فيزيائي يقوم به الجلد.

مفرزات الجسم (المخاط ــ الأهداب في المجاري التنفسية. الغدد الد هنية ومفرزاتها).

خلوية: هي تنجز بواسطة البالعات والخلايا القاتلة الطبيعية (NK.)

الجهاز المناعي النوعي (Specific immune system:)

هذا النمط له دوره عندما يفشل الجهازالمناعي اللانوعي من التخلص من المستضد(المهاجم.Antigen)

هذا الجهاز يشمل المركبات الخلوية (Cellular) والخليطة (Humoral) التي تملك ذاكرة مناعية نموذجية (حيث أ نه يحرض استجابة مناعية بتكرار التعرض لنفس المستضد.

وظائف الجهاز المناعي النوعي:

الجهاز المناعي النوعيى ينتج الخلايا المناعية وهي خلايا البائية "B" والخلايا التا ئية "T "

الخلايا التائية: تساهم في كل من الاستجابة المناعية الخلويه والخليطة.

". IgD و"IgM, Ig A و IgE , IgGالخلايا البائية: تنتج مجموعات أضداد "غلوبولينات" مناعية مختلفة:"

التفاعل الألرجي قد يعزى إلى عوامل داخلية المنشأ أوخارجية المنشأ.

": هو مادة غريبة يمكنها أن تثير استجابة مناعية.Antigenا ــ المستضد"

وهذا قد يؤدي إلى:

".Antibodiesتشكيل الأضداد "

"Cell mediated responseتغير فعالية الخلايا اللمفاوية المعروفة باسم الاستجابة المتواسطة بالخلايا "

الصفات الكيماوية للمستضدات:

قد تكون المستضدات صغيرة الوزن الجزيئي أو كبيرة الوزن الجزيئي .

): تتشكل من الأحماض 1High molecular weight antigens ــ المستضدات كبيرة الوزن الجزيئي (

الأمينية والببتيدات التي يمكنها أن تثير وتحرض تكوين الأضداد.

) : هذه الأنواع لاتستطيع 2Low molecular weight antigens ــ المستضدات صغيرة الوزن الذري(

ويمكن أن تثير Haptensأن تحرض تشكيل الأضداد مالم ترتبط مع بروتين، هذه تعرف باسم (النواشب)

) من الحساسية Delayed cell type أو النمط المتأخر (المتواسط بالخلايا :Humoralالأضداد الخليطة

التي تكون نوعية للنواشب.

) أو النمط Anaphylacticالمستضدات التي تحسس الأشخاص بشكل أكثر شيوعاً للحساسية الاستهدافية (

) .Allergenالمتأخر وهذا يعرف باسم مستْارج "الرياجين" أو مولد الارجيه(

) :Antibodiesالأضداد)

هي جلوبولنيات مناعية مصلية تتشكل استجابة لتحريض المستضد.

والأضداد تتشكل من قبل الخلايا البلازمية وتتألف من سلاسل عديدة من بولي ببتايدات.

) . يوجد عدة جلوبولينات مناعية في المفرزات Igالوحدة الرئيسية للضد هي جزيئ الجلوبولين المناعي (

الخارجية مثل القناة المعوية والطرق التنفسية.

فشل أي جزء من جهاز المناعة قد يؤهب للتحسس، أو إلى الالتهاب أو إلى الأمراض الخبيثة.

التفاعلات المناعية المختلفة:

) سواء كان تفاعلاً فورياً يحدث بعد التعرض Antigen-antibody reactionتفاعل ضد ــ مستضد : (
لمستضد معين أو من نمط التفاعل المتأخر.
"وتشابه خلايا تائية" او Humoral) وهي تمثل استجابة خلطية "I, II, IIIالتفاعلات الأرجية الفوريه: (نمط
) التي تنتج وتنشط الجلوبولينات Plasma cells "مثارة وكذلك الخلايا المصورية(B-lymphocytes
المناعية المختلفة.
) قد يستغرق التفاعل الأرجي عدة ساعات أو أيام أو حتى أسابيع IVالتفاعل الأرجي المتأخر: (نمط
) بواسطة اللمفاويات من Cell meditedليظهر من وقت التعرض للمستضد. هذا النمط متواسط بالخلايا(
) التائية المتحسسة.T-lymphoctesنوع (
) هي:Gell & Coombsتفاعلات فرط الحساسية المختلفة: حسب تصنيف "جيل وكومبس"(
"1Immediate or anaphylactic reaction. ــ النمط الفوري ــ الاستهدافي اؤ التأقي: "
قد يكون المستضد من الأطعمة، حبات الطلع، الغبار، الريش، أو غيرها.
.IgEالأضداد: هي الجلوبولينات المناعية
) يسبب زوال تحبب الخلايا الدقلية أو Antigen-antibody reactionتفاعل ضد ــ مستضد: (
) حيث يؤدي ذلك إلىتحرر عدة وسائط خاصة مثل: Degranulation of Mast cellsالبدنية(
) .SRSالهيستامين، سيروتونين، البراديكنين والمواد البطيئة (
المظاهر الفيزيائية التشريحية المرضية التي تحدث نتيجة لذلك هي :
-توسع الأوعية الدموية.
-زيادة النفوذية الوعائية.
-تقلص العضلات الملساء.
هي:المظاهر السريرية للنمط
شري ــ وذمة وعائية ــ صدمة ثاقبة ــ ربو قصبي والتهاب أنف أرجي.
)2Cytotoxic antibody II ــ نمط الأضداد السامة للخلايا (النمط
) الناشب الذي يترسب على جدر الخلية أو على Haptenالمستضد: في التفاعل الأرجي نمط الثاني هو (
الأغشية الخلوية التي تعمل كمستضد.

". يحدث التفاعل الأرجي كنتيجة IgM و IgG , IgAالأضداد: هي أضداد سامة للخلايا من الأصناف"
لتفاعل الأضداد الجارية مع الدورة الدموية أو الأضداد الخلوية مع المستضدات (الجارية) التي تؤدي إلى
) مؤدياً إلى انحلال الخلايا المستهدفة.Complementارتباط المتممة مع معقد الضد ــ مستضد (
).Cytolysisتأثير كل تفاعل كهذا هو من النوع اغلال خلوي (
المظاهر السريرية للتفاعلات السامة للخلايا هي :
نقص الصفيحات .
).Agranuloctosis ــ فرط المحببات Hemolytic anemiaفقر دم اغلالي (
(.Auto-immune diseasesوأمراض المناعة الذاتية)
تفاعل آرثس III) / النمط/ 3Antigen-antibody immune complex ــ معقد ضد ــ مستضد (
)Arthus reaction.(
المستضد: في هذا النمط يكون دواء ــ مصل غريب ومستضدات أخرى مثل العقديات والأروام.
" والمتممة". التفاعل IgG) من التفاعلات الأرجية هو "الجلوبولين المناعي: "IIIالأضداد: في النمط (
)يحدث كنتيجة لآلية معقدة.Complementالأرجي (
التبدلات الفيزيوكيماوية التي قد تحدث نتيجة لهذا النوع من التفاعل:
) على جدران الأوعية الدموية Antigen-antibody reactionترسب معقدات الضد ــ مستضد)
الشعرية. تفعيل نظام المتممة.
) للمركب المناعي بواسطة الكريات Phagocytosing cellsانجذاب الكريات البيض وفرط البالعات (
البيض.
انحلال البالعات.
تخريب جدر الخلايا بالأنزيمات الليزوزومية.
) الانسجه.Necrosisإن تأثيرات هذه التفاعلات هي التهاب ونخر(
هي:IIIالمظاهر السريرية للتفاعلات الأرجية في النمط
– تفاعلات آرثس،(ظاهرة آرتوس – داء المصل).
– طفح الأدوية.

– انحلال البشرة النخري السمي.

)Erythema nodosum) والحمامي العقدية(Erythema multiforme– الحمامي المتعددة الأشكال (

) هويشمل أنواعاً مختلفة من المواد الكيماوية وغيرها.IVالتفاعل المتأخر المستضد: (النمط

الأضداد: هي اللمفاويات التائية.

(64/2)

التفاعل الألرجي ينجم عن تفاعل مستضد ــ لمفاويات ناجم عن عوامل خليطة تؤدي إلى ظهور

)ليمفوكنيات(Lymphokines.)

تأثيرات هذه التفاعلات هي: توسع وعائي ــ وذمة ــ ارتشاح بالوحيدات واللمفاويات.

المظاهر السريرية هي: أكزيما التماس الأ لرجية ــ أكزيما الضياء الألرجية ــ الطفوح الألرجية ورفض الأعضاء.

المظاهر قد تكون موضعية في الجلد أو تصيب الجلد والأعضاء الأخرى.

النمط العاجل والآجل للتفاعلات التحسسية هي مهمة جداً في آلية الأكزيما.

التفاعل العاجل:

) : بسبب التحريض من الضد المؤدي لتحرر Mast cellsيحدث بسبب زوال تحبب الخلايا البدنية(

الوسائط مثل: "الهيستامين، اليوكوترين، والعامل المفعل للصفيحات، البروتياز " وغيرها. وهذا التفاعل قد

) ، الشري Atopic dermatitisيؤدي إلى أمراض جلدية مثل المراحل الباكره من الأكزيما الاستشرائية(

والوذمة العرقية.

).RAST "وتجربة المصل (IgEاسقصاء هذا النمط هي: اختبارات الوخز ــ تعيين عيار "

التفاعل الآجل:

التماس المتكرر لمستضد معين مع الخلايا التائية المتحسسة سابقاً يؤدي إلى تحريض وتحرير "

اللمفوكينات" التي تثير اتفاعلا التهابيا وتفعل البالعات الكبيرة لتحرر الوسائط.

هذا النمط من التفاعل مسؤول عن النوع المتأخر من أكزيما الملامسة، الأكزيما الضوئية الأرجية

).Atopic dermatitisوالمراحل المتأخرة من الأكزيما الاستشرائية (

التفاعلات المناعية المتواسطة بالخلايا لها دور هام في المقاومه ضد الفطور، والفيروسات والانتانات

الحبيبية للجلد والتفاعلات الوسيطة للدغ الحشرات.

اختبارات البقعة وتفاعل تشكيل اللمفاويات قد تفيد في تحديد العامل المسبب للحساسية.

الأكزيما

Eczema

هي تفاعل جلدي التهابي استجابة لتحريض مستضد ما. كلمة "أكزيما": هي مصطلح إغريقي (يوناني) تعني "الفوران أو الغليان".

(65/2)

(الأكزيما: بأنها تفاعل حطاطي حويصلي حاك تترافق في طورها الحاد مع Baerيصف الطبيب بير ( ) وتقشر مع الاحتفاظ ببعض Lichenificationحمامي ووذمة. وفي طورها المزمن مع تسمك وتحزز(مظاهرها الحطاطية الحويصلية.

تشكل أنواع الأكز يما أكثر من 30% من حالات الأمراض الجلدية.

تصنيف الأكزيما:

يوجد تصنيفات مختلفة للاكزيما التي قد تختلط أحياناً , لذلك معظم المؤلفين يفضلون كلمة التهاب جلد ". ورغم إن كل حالات الأكزيما قد تحدث تغيرات التهابيه بالجلد، إلا إنه ليس كل التهابات Dermatitis" الجلدية تعتبر أكزيما إذ أن التهاب الجلد يعني عادة الالتهابات الجلد الجرثومية.

تصنيف الأكزيما أحياناً يعتمد على العوامل المثيرة والمسببة.

ويمكن تصنيف الأكزيما إلى داخلية المنشأ التي تنجم عن مسبب من ضمن الجسم وإلى خارجية المنشأ التي تكون نتيجة عوامل خارجية.

1 ــ الأكزيما الداخلية المنشأ:

هذا المصطلح يعني حالة أكزيمائية لاتنجم عن عوامل بيئية خارجية المنشأ لكونها تتواسط بحدثيات تنشأ داخل الجسم. في بعض الحالات على كل حال يوجد عوامل مؤهبة داخلية وخارجية:

الأكزيما الداخلية المنشأ تشمل:

(.Atopic dermatitisالتهاب الجلد الاستشرائية)

(.Seborrheic dermatitisالتهاب الجلد الزهمي)

(Discoid eczema.الأكزيما القرصية)

(Dyshydrotic eczema.أكزيما عسر التعرق النفاضية)

(Metabolic eczema or eczema associated witأكزيما استقلابية أو المرافقة لأمراض جهازية)
systemic diseases(

(Juvenile plantar dermatoses.جلادات الأخمص الشبابية)

(Eczema due to drug reactions.اندفاع دوائي أكزيمائي)

(Stasis dermatitis.التهاب جلد ركودي)

2 ــ الأكزيما خارجية المنشأ:

(Primary irritant dermatitisالتهاب جلد تخريشي بدئي)

(Allergic contact dermatitisأكزيما التماس الأرجية)

(Photoallergic reactionالتهاب الجلد الضيائي الأرجي)

(66/2)

(Polymorphous light eruptionالاندفاع الضيائي متعدد الأشكال)

(Infective dermatitisالتهاب جلد انتاني)

3 ــ الأشكال غير المصنفة من الاكزيما:

(Neurodermatitis, Lichen simplex chronicusالتهاب الجلد العصبي:" الحزاز المزمن البسيط")

"Nodular Prurigo".الأكال العقيدي "

تصنيف الأكزيما حسب السير والصورة السريرية:

الأكزيما الحادة.

الأكزيما تحت الحادة.

الأكزيما المزمنة.

المراجع

Longley J, Braverman IM, Edelson RL. Immunology and the Skin: Ann NY Acad Sci 1988
1

Bos JD, Zonneveld I, Das PK et al. The skin immune system (SIS): distribution and immunophenotype of lymphocyte subpopulations in normal human skin. J Invest Dermatol 1987; 73–569 :88

2

Bruynzeel-Koomen C. IgE on Langerhans cells: new insights into the pathogenesis of atopic dermatitis. Dermatologica 1986; 3–181 :172

3

Kim KM, Mayumi M, Iwai Y. IgE receptor-bearing lymphocytes in allergic and non-allergic children. Pediatr Res 1988; 7–254 :24

4

Streilein JW. Skin-associated lymphoid tissues (SALT): Origins and functions. J Invest Dermatol 1983; 80: 12s-15s

5

Zola H. The surface antigens of human B-lymphocytes. Immunology Today 1987; 15–308 :8

6

Chernielewski J, Vaigot P, Prunieras M. Epidermal Langerhans cells - a cycling cell population. J Invest Dermatol 1985; 6–424 :84

7

Wolff K, Stingl G. The Langerhans cell. J Invest Dermatol 17 :80 ;1983s-21s

8

Weaver CT, Unanue ET. The costimulatory function of antigen-presenting cells. Immunology Today 1990; 11: 55–49

9

Quinti I ,Brozek C, Wood N et al. Circulating IgG auto-antibodies to IgE in atopic syndromes. J Allergy Clin Immunol 1986; 77: 94–586

10

Cronin E. Contact Dermatitis. Edinburgh: Churchill Livingstone1980 ,

11

Sampson HA. Role of immediate food hypersensitivity in the pathogenesis of atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 1983; 80–473 :71

12

Rudzki E, Grzywa A. Immediate reactions to Balsam of Peru ,cassia oil and ethyl vanillin. Contact Derm 1976; 2: 1–360

13

Cronin E .Studies in contact dermatitis. 18. Dyes in clothing. Trans St John's Hosp Derm Soc 1960; 54: 64–156

14

Reynolds CW, Ortaldo JR. Natural killer activity :the definition of a function rather than a cell type.Immunology Today 1987; 4–172 :8

15

Maibach HI, Epstein WL. Plant dermatitis: fact and fancy .Postgrad Med 1964; 35: 4–571

16

Mitchell JC, Dupuis G, Geissman TA .Allergic contact dermatitis from sesquiterpenoids of plants. Br J Dermatol 40–235 :87 ;1972

17

Mitchell JC, Geissmann TA, Dupuis G et al. Allergic contact dermatitis caused by Artemisia and Chrysanthemum species. J Invest Dermatol101–98 :56 ;1971

18

Mitchell JC, Rook AJ. Diagnosis of contact dermatitis from plants. Int J Dermatol 1977; 16: 66–257

19

Rothenborg HW, Menne T ,St4/3lin K-E. Temperature dependent primary irritant dermatitis from lemon perfume. Contact Derm 1977; 3: 48–37

20

Powell SM, Barrett DK. An outbreak of contact dermatitis from Rhus verniciflua (Toxicondendron vernifluvum .(Contact Derm 1986; 14: 9–288

21
Dahlquist I, Fregert S. Formaldehyde releasers. Contact Derm 1978; 4: 173
22
Menne T, Hjorth N. Routine patch testing with paraben esters. Contact Derm 1988; 19: 91–189
23

(68/2)

الفصل السادس عشر التهاب الجلد الاستشرائي

Atopic dermatitis

هو شكل مزمن متكرر من الأكزيما ذو تأهب وراثي، يصيب الرضع وقد يستمر للطفولة أو لسن البلوغ.

الشكل رقم 158: أكزيما استشرائية (3 أخوات وأخوين)

.Ig Eالحالة الاستشرائية: هي استعداد وراثي لتكوين كمية كبيرة من الأضداد من نوع

التفاعل قد يتظاهر بواحد أو أكثر من التفاعلات المناعية مثل الأكزيما ــ الربو ــ حمى العلف ــ والتهاب الملتحمة.

مصطلح "الاستشراء أو التأتب" ليشير إلى الميل لتشكيل حساسية من المواد Cocaفي عام 1925 أدخل الغذائية أو المواد المستنشقة وينتج عن ذلك حساسية جلدية ــ الربو على أساس وجود تاريخ وراثي في عائلة المصاب.

الأكزيما الاستشرائية تصنف من قبل البعض إلى ما يلي: أكزيما استشرائية، أكزيما الرضع، والتهاب الجلد العصبي المنتشر .

المظاهر النوعية لالتهاب الجلد الاستشرائي:

الأشخاص المصابون بالاكزيما الاستشرائية تتوفر لديهم صفات نوعية أهمها:

1ــ معايير جلوبولنيات مناعية نموذجية.

2ــ استجابة وعائية متميزة وفريدة.

) وهي ابيضاض الجلد في موقع ضربة White dermograhismوهي تشمل: الكتوبية الجلدية البيضاء(عند المريض المصاب بالاكزيما الاستشرائية.

الاستجابة الضعيفة للسيروتونين حقناً: حقن السيروتونين عند الأشخاص الطبيعين سيؤدي

) ، بينما في المرضي المصابين بالاكزيما (Wheal raction بدون ارتكاس شروي(Erythemaلحمامي(

الاستشرائية فإنه يوجد نقص أو انعدام الاستجابة الجلدية للسيروتونين حقناً.

الاستعداد للإصابة بالتهابات معينة.

تغير في الاستجابة للبرد والحرارة، أصابع مرضي الاكزيما الاستشرائية تبرد بسرع أكثر من المعدل

الطبيعي فى الطقس البارد وتدفأ ببطء في البيئة الدافئة.

الأشكال السريرية لالتهاب الجلد الاستشرائية:

تختلف المظاهر السريرية والمعالجة لالتهاب الجلد الاستشرائي . حسب مجموعات الأعمار:

التهاب الجلد ا الاستشرائي يمكن أن يقسم حسب عمر البدء إلى ثلاثة أنواع :

(69/2)

(1Infantile atopic dermatitis ــ التهاب الجلد الاستشرائي عند الرضيع)

(.2Childhood atopic dermatitis ــ التهاب الجلد الاستشرائي الطفلي (من 4 ــ 10 سنوات)

(.3Adult atopic dermatitis ــ التهاب الجلد الاستشرائي عند البالغين)

التهاب الجلد الاستشرائي عند الرضع (أكزيما الرضيع)

Infantile atopic dermatitis

أكزيما الرضيع تشمل النوع الأكثر انتشاراً من الأنواع الأخرى من حساسية الجلد.

الشكل رقم 159 ا: حساسية الرضيع (نوع نادر من التحسس)

Fig159 .a. Infantile eczema(Severe & uncommon type(

الشكل رقم 160: أكزيما رضيع (حادة)

الشكل رقم 159ب : نوع نادر من حساسية الرضيع

الشكل رقم 159ج: حساسية الرضيع بعد المعالجة

Fig. 160. After treatment Infantile eczema (Same patient above) after one week treatment with nonsteroid topical ointment(Flogocid),Antihistamine drops(Fenistil) and Erythromycin suspension.

المظاهر الجلدية تظهر بعد الولادة بعمر من شهرين إلى سنتين. ويوجد عادة تأهب دوائي مع قصة عائلية

للإصابة الاستشرائية مثل شري ــ حمى العلف ــ الربو.

المسببات:

عدة عوامل ذات دور مهم في أكزيما الرضـع:

1ــ الاستعداد الوراثي والعامل العائلي: هو الأكثر أهمية في التأهب لأكزيما الرضع. يوجد عادة قصة عائلية لأكزيما ــ ربو ــ شري وحمى العلف.

2ــ الأطعمة والإضافات أيضاً لها دور مهم: تبدأ عادة أكزيما الطعام أثناء السنة الأولى من العمر، التحسس لبروتينات الطعام يتواجد في معظم الحالات.

الشكل رقم 161: أكزيما رضيع مزمنة

الشكل رقم 162: أكزيما رضيع مزمنة

أشيع المواد الأولية التي قد تثير التهاب الاستشرائي هي:

المهضومات: حليب ــ بياض البيض ــ القمح ــ الحبوب (سيريلاك) ــ البرتقال.

حساسية الطعام يجب توقعها عند طفل رضيع يتظاهر باسترجاع الطعام، إقياء وألم مغصي بعد الرضعة.

(70/2)

ملون الطعام أو الإضافات الأخرى مثل التارتازين قد يكون لها دور مهم أيضاً.

3- المواد الاستنشاقية: وتشمل استنشاق غبار الصوف ــ الريش من الطيور. الحيوانات الأهلية كالقطط والكلاب. تبدأ الأكزيما الاستشرائية بعد عمر سنتين وعادة أكثر مرتبطة بعوامل أخرى مثل الصوف، الريش أكثر من الطعام.

) تتهم أيضاً وهذا مايفسر زيادة الحكة والمظاهر الأخرى للأكزيما عند Dandruffنخالية الإنسان (الرضيع خاصة عندما يبدأ المريض بمص ثدي أمه أو أثناء التحبب إليه من الآخرين إذ قد ينجم ذلك عن تحسسه لقشرة فروة الرأس.

يوجد تعاكس شديد في طبيعة التفاعلات المتعلقة بالجو، التي قد تسبب حساسية أو أرجية أو سمية ضيائية، أرجية ضيائية وشروية بالتماس، بعض المخرشات قد تسبب أكثر من نوع من التفاعل.

التهاب الجلد من غبار الخشب يبدأ عادة على الأجفان والنصف السفلي من الوجه، ويسبقه عادة بحكة، التورم والإحمرار ينتشر إلى العنق واليدين والساعدين وبسبب تراكم الغبار والتعرق فإن المرفقين والجلد

تحت الحزام المشدود أكثر تحززاً.

قد يكون التورم والإحمرار في الأجفان هي العلامة الوحيدة للتكرار.

" . حيث قد يحدث ذلك التحسس انماذج مشابهة من التهاب الجلد المتعلق بالجوقد تشاهد مع الرياجين نمط"
من مع عث غبار المنزل في المرضي الاستشرائيين، الذين تعرضوا لمؤرجات تماس طيارة مثل راتنج
أو مخرشات جوية.Epoxy

بعض المظاهر مثل حمى العلف، الربو، التهاب الأنف، التهاب الملتحمة والشري قد تترافق مع الآفة الجلدية.

العوامل المثيرة:

إثارة الاكزيما قد ينجم عن:

اللقاحات: لقاح الحماق والدفتريا

أثناء بزوغ الأسنان.

ارتكاس أحمرية معممة مع تسلخات الجلد وسطح جلد ناز الذي يرافق بعض الحالات مثل التهاب الجلد الزهمي.

الانتانات: جرثومية ــ فطرية أو فيروسية ثانوية للآفات المتأكزمة يتلو الانتانات الجرثومية أو الفيروسية الجهازية الشديدة مثل الحصبة.

(71/2)

الأكزيمة العقبولية: الناجمة عن فيروس العقبول البسيط الذي ينتقل مباشرة من سطح الجلد المتسحج من الأم أثناء الرضاعة، التحبب أو من الآخرين عند التقبيل.

الأكزيما اللقاحية: تنجم عن فيروس اللقاحية وهو مرض فيروسي خطير ثانوي عند المرض الاستشرائيين، ويمكن أن ينتقل من الأشخاص الملقحين حديثاً بلقاح الجدري.

نقص المناعة:

تخريش وتسحج الآفة الشديدين.

بعد إيقاف الستيرويدات الموضعية أو الفموية القوية.

ملاحظات:

يجب على المريض المصاب بالحساسية الاستشرائية أن لايلقح ضد الجدري أثناء إصابته بالحساسية خاصة إذا كان الجلد متسلخاً إذ يجب تأجيل التلقيح حتى شفاء الآفات الجلدية الكامل.

يجب أن يجنب الطفل ملامسة المصابين بانتانات فيروسية مثل العقبول الشفوي أو الملقح حديثاً بلقاح الجدري وإن يبعدوا عن الطفل المصاب بآفة جلدية متأكزمة متسحجة.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية:

توزع الآفة الجلدية ليس دائماً مميزاً عند الرضع .

(ــ خلف منطقة الركبة Antecubital areaالآفات الجلدية تصيب الخدين ــ الرقبة ــ العاطفات( )Popliteal area.(

البقع الحمامية تظهر مع حويصلات صغيرة وتصبح بعد ذلك آفاتا متقشرة ونازة ورطبة. وقد تغزو المنطقة الجراثيم المختلفه,ويتظاهر الانتان الثانوي ببثرات وقشور وهي شائعة حيث يؤهب لذلك سطح الجلد المتسحج والحكة الشديدة.

يصبح الطفل المصاب قلقاً، ويبكي ويفرك جلده دائماً وبشدة. الحلقة المفرغه من "حكة ــ تسحج ــ حكة" قد تؤدي إلى اختلاطات أكثر بعد الشفاء مثل تندب الجلد. هذه الآفة الجلدية قد تمتد لتصيب منطقة طاقية المهد والفروة متظاهرة ببقع حويصليه نازه و متقشرة.

المظاهر الجهازية:

) . المظاهر البنوية كالحمى –الإقياء – المغص البطني والإسهال شائعة Erythrodermaحمامي الجلد(في الحالات الشديدة من أكزيما الرضع.

سير أكزيما الرضع:

السير متنوع لكنه عادة يتحسن وحتى يزول في نهاية السنة الثانية، ويوجد ميل للتكرار عند الأطفال في سن البلوغ حيث تكون المظاهر أقل شدة والحساسية عادة تكون عموماً من النوع الجاف.

تشخيص أكزيما الرضع:

الصورة السريرية وتوزع الآفات مميز.

اختبارات الجلد قد لاتكون دقيقة لإعطائها ارتكاسات كاذبة في الأعمار الباكرة.

الاختبارات إيجابية عادة بعد عمر الأربع شهور ويجب أن لا تطلب هذه روتينياً وهي غالية الثمن وغير موثوقة دائماً، ومجهدة للطفل وأحياناً تعطي نتائج كاذبة. بالإضافة إلى أن بعض الأطعمة يمكن أن تستثنى من غذاء الطفل بناء على نتائج هذه التجارب فى الوقت الذي يكون فيه الطفل في حاجة لها والتي قد تكون أساسية ومهمة لنموه.

الحساسية الاستشرائية في الطفولة

Childhood atopic dermatitis

هذا النوع السريري من الحساسية الاستشرائية يتظاهر عند الأطفال بعد السنة الرابعة من العمر إذ تكون الآفات عادة أقل حدة من النوع اذي يحدث عند الرضيع. الآفات في أكزيما الطفولة هي تسحجات متأكزمة بشكل رئيسي وقد تكون متسححة.

المظهر الأكثر وصفية لهذا الشكل هو ميله للإنتشار بعيداً من نقطة المنشأ خاصة عندما تكون البؤرة الأولية للأكزيما هي الساقين أو القدمين.

الانتشار عادة يسبق بالثوران بواسطة التهاب في الموقع الأول.

المظاهر السريرية:

الأكزيما في الطفولة هي أقل حدة. النز والإفرزات تكون قليلة وغالباً ماتكون الآفات جافة. الآفة الأولية التي تحدث في بداية الإصابة تكون عادة ملتهبة بشدة وحمامية. الطفح الجلدي قد يزداد شدة وقد يترافق مع حمامى معممة وتسلخات سطح الجلد.

الشكل رقم 163: أكزيما تأبتية طفلية مزمنة

Chronic childhood atopic dermatitis

الشكل رقم 164: أكزيما تأبتية عند الأطفال

(توزيع نموذجي)

الأماكن الأكثر شيوعاً للإصابة هي المسافة أمام المرافقين، الحفرة المأبضية، الرسغ وحول العنق.

التحزز والتقشر الناجمان عن التخريش المستمر هما مظهران رئيسيان في أكزيما الطفولة.

الطفح الثانوي يتظاهر أولاً بحطاطات حمامية صغيرة منتفخه وبعدها تصبح متأكزمة بشكل واضح ويظهر

عليها الحويصلات الحطاطية المتجمعة التي قد تصبح متجمعه بشكل لويحات صغيرة.

أحياناً الآفات تأخذ شكل لطاخات حمراء أو آفة شروية ذات توزع متناظر.

إذا حدث اختلاطات مثل الالتهابات الجرثوميه فإن الطفح الجلدي قد ينتشر ليشمل مناطق أخرى بعيدة عن منطقة الإصابة الأولى. الإنتشار قد يحدث كذلك بسبب التماس مع الموثرات الخارجية المنشأ أو تناول بعض الأطعمة أو حقن مادة مثيرة للحساسية أو التوترات العصبية والإجهاد الجسماني.

الأكزيما الإلتهابية الشديدة قد تنتشر أحياناً في غياب الحساسية الأرجية الواضحة للأدوية الموضعية، من المحتمل أن التحسس تجاه الجراثيم أو مركباتها يلعب أحياناً دوراً كعامل لانتشار الأكزيما.

الشكل رقم 165: أكزيما تأبتية طفلية

الشكل رقم 166: أكزيما تأبتية مزمنة

الشكل رقم 167: أكزيما تأبتية حادة

الشكل رقم 168: أكزيما تأبتية طفلية(مواقع نموذجية)

المحسسات في أكزيما الأطفال:

الحساسية تجاه الطعام مثل الحليب، البيض والقمح أقل في الأطفال المصابين بالأكزيما التأبتية إذ يوجد لديهم زيادة قابلية للحساسية تجاه مواد أخرى مثل: المواد الاستنشاقية في الأطفال مع حبات الطلع، التماس مع الصوف وشعر والحيوانات مثل شعر القطط والكلاب.

الحساسية تجاه الصوف هي الأكثر شيوعاً وهذا يفسر تكرار الأكزيما في فصل الشتاء. الحساسية تجاه مواد مختلفة مثل المعادن والمجوهرات والسجاد أكثر عند المرضى المصابين بالحساسية الاستشرائية منه عند الأشخاص الطبيعيين.

معالجة الأكزيما الاستشرائية عند الرضع والأطفال:

(74/2)

الأدوية الموضعية والعامة يجب استخدامها بحذر شديد عند مجموعة من الأعمار الصغيرة حيث إن ماتحويه من مواد كيماوية والسموم التي قد تكون موجودة في المستحضرات الموضعية قد تمتص بسهولة من الجلد المتسلخ مضيفة تأثيرات جانبية غير مرغوبة أكثر.

لايوجد شيء يفقد ثقة أهل الطفل المصاب بالحساسية أكثر من أن يصرف له أدوية استعملها المريض

سابقاً خاصة إذا ما أثبتت عدم فعاليتها. لذلك من الحكمة قبل وصف أي دواء أن نسأل بشكل كامل عن الأدوية الأخرى المستعملة سابقاً من قبل المريض.

وسائل العلاج العامة:

عندما تعالج الاكزيما بطريقة مناسبة يمكن السيطرة عليها بسهولة. في معظم الحالات مشكلة الجلد عادة تزول بعد السنة الثانية من العمر وحتي قبل ذلك. يجب أن تأخذ الأم فكرة كاملة عن الاكزيما الأسباب، التطورات، والعوامل المثيرة لها.

الاستحمام:

جلد الطفل والرضع حساس جداً والعوامل الفيزيوكيماوية يجب أن تتركه في حالته الفيزيولوجية النموذجية والمثالية. جلد الطفل أرق من البالغ بالإضافة إلى أن جلد الطفل تحوى شعراً زغبية أكثر مما يجعل المسامات الجلدية أكثر انفتاحاً.

الزهم أو الدهون الموجود على سطح جلد الرضيع يبدأ بالتناقص في الأشهر الأولى، هذه العوامل تؤدي كلها إلى زيادة قابلية الالتهاب، وزيادة النفوذية والحساسية للسموم والمواد الأخرى.

7تكون متعادلة (لاحامض = 2pH قوي يتراوح مابين 4.2 ــ 5.6 بينما ال H الجلد حامضي pH

تختلف من جزء pHولاقلوي) القراءة فوق الــ 7 يشير إلى أن المادة قلوية وتحت الــ 7 حامضة. الــ إلى جزء آخر حسب العمر والجنس.

الذكور أكثر حموضه من الإناث وهذا يلعب دوراً هاماً في إيقاف نمو الجراثيم على سطح الجلد.pH

pHالصوابين والشامبونات الأكثر حموضة أو قلوية خاصة تلك التي تحوي على عطور وملونات قد تقلب الجلد وتسبب جفاف أكثر يؤهب للتأكزم أو إلى الالتهابات .

(75/2)

جلد الرضع والأطفال تحتاج عادة فقط إلى تنظيف لطيف بدون صابون التي هي منظفات صناعية أو Cetylاستعمال مرطبات طبيعية خفيفة. المطريات هي غليسريدات ثلاثية خفيفة أو كحول طويل السلسلة ( ) أو بولي إيثيلين جليكول أو غلايكوز أمينو جلايكان.Stearyl -

الطفل السليم يجب أن يستحم مرة كل يومين. فترة الحمام يجب أن لا تتجاوز الــ 5 دقائق للرضيع والــ 10 دقائق للطفل.

الناحية منطقة الحفائظ يمكن تنظيفها بلطف عند الحاجة بصوابين خفيفة وتجفيف الناحية أفضل بأقمشة قطنية ناعمة أو ورق مناديل ناعم خال من العطور. والدهان بعدها بزيت النباتات مثل زيت الزيتون أو فازلين.

يمكن إضافته برمنغنات البوتاسيوم 1000/1 كمطهر للجلد الملتهب أو خلاصة الشعير للجلد الحساس جداً.

تنظيف المولود يجب أن يكون بلطف وغير مهرش. ومن المهم عدم استعمال الشامبونات القوية والمخرشة لكن الفروة يمكن تنظيفها بشامبو أطفال خفيف جداً.

طاقية المهد عند الوالدان يمكن غسلها بسهولة ولكن إذا كانت الطبقة سميكة فيمكن إزالتها باستخدام زيت نباتي دافىء مثل زيت زيتون دافيء يوضع على المنطقة ثم تزال بلطف بتمشيط المنطقة بلطف بمشط عريض الأسنان.

الأطفال يملكون شحوم واقية أقل من البالغين لذلك يجب استعمال الصوابين الكريمية خاصة الحاوية على مطريات مع المستحضرات الغير صابونية.

باختصار: الصوابين المستعملة عند الرضع والأطفال يجب أن تكون ذات صفات هي:

حامضي خفيف أو متعادل.pHيجب أن يكون الصابون

ثابت فيزيوكيماوياً.

بدون ملونات أو عطور.

يجب أن لايحوي مواد ذات ارتكاس يتفاعل مع المواد الشائعة التي تسبب الحساسية ولاتحوي مواد تستقلب من قبل فلورا الجلد الدقيقة.

يجب أن يكون ذات صفات مرطبة للجلد.

يجب عدم وضع العطور مباشرة على جلد الطفل، لكن العطور الخفيفة والأنواع السائلة يمكن وضعها على الملابس قبل أن يرتديها الطفل.

(76/2)

استحمام الطفل المولود والرضيع خاصة المصابون الاكزيما الاستشرائية يجب أن يكون لطيفاً باستخدام اسفنجة ناعمة، والفرك بلطف إذ أن استخدام اسفنج مخرش قد يؤدي إلى سحجات أكثر وحكة.

عدة مواد قد تضاف للحمام حسب نوع الآفة الجلدية مثل محاليل المطهرات مثل برمنغنات البوتاسيوم

9000/1 قد يفيد في حالات الالتهابات الجرثومية.

حمامات المطريات: تحضر بزيت الزيتون أو أي زيت نباتي يمكن استخدامه للآفات الجلدية الجافة.

حمام المطريات يستخدم لتطرية آفات الجلد الجاف، وهي بشكل رئيسي لانولين ــ برافين سائل وزيوت معدنية مثل زيت الزيتون .

يجب أخذ الحذر لكي لانترك هذه المطريات لفترة طويلة على الجلد بسبب احتمال تغطيتها لسطح الجلد وتشجيع اللاهوائيات على النمو على سطح الجلد المغطي أو تسبب احتباس العرق.

) : هي حمامات ناعمة تستخدم للجلد الحاك ويمكن أن تمتص المواد Colloid bathsحمامات الكولويد(الجالبه للرطوبة أو الولوعة بالدسم.

" الممزوج بالماء ويجب أن يكون ذلك ممزوجاً Oatmealوهي عبارة عن مساحيق مثل دقيق الشوفان" جيداً وخالياً من البلورات حتى لايسبب ذلك تسحجاً على جلد الطفل.

) . وهي Tensidنوع الصابون والشامبو المستخدم للطفل والرضيع يجب أن يكون خفيفاً وبصفات خاصة(مادة ذات صفات ولوعة بالماء وولوعة بالدسم تؤدي إلى تنظيف لطيف لسطح الجلد. تنظيف الجلد يمكن أن يتم بآمان بشاش مغطس بزيت الزيتون خاصة على المناطق الجافة.

ملابس الطفل: ارتفاع حرارة الرضيع بسبب الألبسة الثقيلة لاينصح بها دائماً، في الجو البارد إذا كان هناك شك بأن الألبسة الصوفية تسبب ثوران للآفة الجلدية، فإن الألبسة القطنية، بنطلونات وقمصان يجب أن تلبس تحت الألبسة الصوفية ويجب الحذر أيضاً فيما يتعلق بالجوارب سواء الجوارب الصوفية أو النايلون قد تسبب ثوران الآفة الجلدية كذلك.

(77/2)

المجوهرات: الذهب، النيكل، الكرومات والمعادن الأخرى يمكن أن تسبب أكزيما تماس، كلور الصوديوم في العرق قد يتحد مع المعدن ويسبب أكزيما تماس ويتغير لونه إلى الأسود مع المجوهرات الفضية.

غرفة نوم الطفل الرضيع: الوسائد الصوف أو الريش والأغطية يجب تجنبها بسبب احتمال التحسس.

أرض غرفة النوم يفضل أن تكون من البلاط أو الخشب. السجاد والنباتات داخل الغرفة والزهور يجب تجنبها في غرفة نوم الرضيع.

الحيوانات الأليفة: الكلاب ــ القطط ــ الطيور ــ الأرانب يجب أن تكون بعيدة عنه.

التغذية: لاينصح بفرط الإطعام، الاكزيما الناجمة عن الأغذية تبدأ عادة خلال السنة الأولى. ويجب ملاحظة إن المنع الروتيني للبيض، القمح ــ العصير دون دليل واضح على مدى تأثيرها على الحساسية هي نصيحة جائرة. كما إن تغيير ذوي التغذية الطبيعية من الثدي إلى الرضاعة بالزجاجة تعتبر خطوة غير حكيمة مالم يكن هناك معلومات قوية تدعم هذا النوع من الطعام بكونه محرض حقيقي وعامل مثير. عندما تتهم الأغذية بأنها سبب فإن اختبارات الحساسية قد تساعد على تحديد المادة المتهمه ومن ثم تجنبها. الحليب ــ البيض والقمح والحبوب الأخرى مثل السيريلاك هي من أكثر المواد التي تثير الحساسية.
البدائل عن الحليب هو مستحلب فول الصويا ــ بديل القمح هو دقيق الشوفان، الأرز المسلوق ودقيق الصويا أو الذرة. تدليل ومداعبة الطفل المصاب بالحساسية قد يثير أحياناً المشكلة الجلدية كما في مواد التجميل الموجودة في حمرة الشفاة، المكياج أو بواسطة شعر فروة الرأس أو الشاربين. وكما ذكر سابقاً يفضل وضع العطور على ملابس الطفل قبل لبسها حتى لايصل ذلك إلى الجلد.

المعالجة الفعالة:

الأدوية الموضعية:

الخط الأكثر أهمية في معالجة الأكزيما الاستشرائية هو منع الحكة وذلك بتغطية اليدين بواسطة الشاش القطني أو استخدام قفازات قطنية خاصة إلى جانب المستحضرات الجهازية الموضعية.

المستحضرات الموضعية:

الاكزيما الرطبة والنازة يجب أن تجفف بواسطة كمادات برمنجات البوتاسيوم 1 /9000. الشاش المعقم يغطس بالمحلول ويكمد بلطف على المنطقة لعدة مرات وتجنب الفرك الشديد والمخرش.

المحاليل: تستخدم على السطوح النازة.

الكريمات: تطبق للحالات تحت الحادة أو الأقل رطوبة.

) يمكن أن تطبق للآفات الجافة.Eolcomالمراهم: الحاوية على الستيروئيدات القشرية (

إذا كانت الحساسية انتانية فإن مشاركة الستروئيدات مع مضاد حيوي مثل جنتتاميسين أو فوسيدات

) أو فوسيكورت ينصح به لعدة أيام.Fucicortالصوديوم (

المستحضرات الموضعية قد تفقد فعاليتها عندما تستخدم لفترة طويلة أو عندما تطبق بشكل متكرر من قبل

المريض. هذا قد ينجم عن المقاومة المكتسبة ضد السواغات أو بسبب العامل النفسي حيث أن المريض وعائلته يفقدون الثقة بالمستحضر بسبب عدم إمكانية شفاء حالتهم بشكل دراماتيكي ومؤكد.

المستحضرات الموضعية الحاوية على مضادات هيستامين، ألنيوميسين، أو سلفا أو بنسلين يجب عدم استخدامها بسبب احتمال ان تسبب الحساسية الموضعية خاصة عندما تستعمل لفترة طويلة.

الأدوية الجهازية:

المضادات الحيوية: يمكن إعطاؤها إذا كان هناك انتان جرثومي ثانوي الذي يترافق عادة مع آفات اكزيمائية متسحجة:

أو سيفالوسبورين فعالة ويجب ملاحظة أن السيفالوسبورين ذو حساسية Zithromexالاريثروسين متصالبة مع البنسلين ويجب عدم إعطائه للمرضي المتحسسين من البنسلين.

الستيرويدات القشرية: فموياً أو بالحقن لا تعطى إلا عند الضرورة القصوى للرضع والأطفال الصغار. كل الأدوية الممكنة يجب أن تعطى أولاً قبل وصف الستيرويدات الجهازية لهؤلاء الأطفال الصغار.

مضادات الهيستامين: سواء بشكل نقط أو شراب يمكن إعطاؤها لتخفيف الحكة.

يجب أخذ الحذر الشديد لتعديل الجرعات المثالية واستخدام المضادات الهيستامين المناسبة والآمنة.

(79/2)

من الأهمية بمكان أن تعلم الأم أن تعرف كل ما يتعلق بالجرعات لكي لايساء استعمال الدواء أو تكرار وتغيير الدواء إلا إذا كان ذلك من قبل الطبيب المعالج.

الآفات الجلدية تحتاج وقتاً للشفاء والاستجابة للدواء، لذلك فإن أسرة المريض يجب أن تكون صبورة.

الانتقال من عيادة لأخرى يؤدي لتأثيرات جانبية غير مرغوبة إضافية حيث أن بعض الأطباء قد يصفون أدوية قوية غير ضرورية ليثبتوا أنهم أكثر خبرة من غيرهم من الأطباء السابقين وهذا سوف يؤثر بشدة على صحة المريض.

التهابات الجلد الاستشرائي عند البالغين

الاكزيما الاستشرائية في هذا العمر أقل حدة وتصيب عادة الأماكن المصابة في الطفولة. الشذوذات مع تأهب للحساسية الاستشرائية ونقص قليل في الحساسية IgEالمناعية الرئيسية هي فرط تشكل الـــ المتأخره المتوسطة بالخلايا.

عوامل محسسة أخرى قد يكون لها دور في الحساسية الاستشرائية عند البالغين ويمكن تحديدها باختبارات الجلد أو بطرق النفي.

بعض أنواع الطعام قد تتضمن:

مشتقات الألبان: البيض ــ الطعام البحري ــ القمح ــ المكسرات ــ المشروبات مثل القهوة والشاي والليمون والمانجو، الفراولة والأطعمة المعلبة وغيرها.

الملونات وحافظات الطعام قد يكون لها دور مهم كذلك.

التوتر النفسي والعصبي ــ التوتر والوهن المستمر هي عوامل مؤهبة مهمة للأكزيما .

الشكل رقم 169: أكزيما تأبتية عند البالغين

الشكل رقم 170: حساسية مزمنة عند البالغين

مرضى الحساسية الاستشرائية أكثر قابلية للالتهابات الفيروسية والتهابات الطرق التنفسية والمضاعفات العينية مثل كثافة البلورة و الساد(Cataract.)

المظاهر العامة:

تميل الصورة السريرية لأن تكون موضعية وأكثر جفافاً.

الآفات الجلدية موضعية عادة وهي بقع متحززة حاكة تظهر بشكل حمامي متقشر ومتسحج وذات حواف واضحة.

تصيب البقع الحادة الرقبة والحفرة المرفقية والمأبضية.

الحكة شديدة في بعض الحالات وتؤدي لتسحج أكثر في الآفة وتؤهب لالتهاب الجرثومي الثانوي.

المظاهر السريرية:

الآفات الجلدية تتراوح من بقع حاكة متحززة جافة أو حطاطية أو حويصلية أو حمامية تصيب أمام وجانب العنق، والجبهة والمعصمين واليدين والحفرة المرفقية والمأبضية والأطراف السفلية.

الآفات الجلدية قد تصبح متجمعة مشكلة لويحات ناقصة الصباغ متحززة وجافة.

التخريش الشديد هو من الأعراض المزعجة الرئيسية وقد تسبب تفاقم ومضاعفات، مؤدية إلى احتباس العرق والتهابات جرثومية أو فطرية ثانوية.

التوتر العصبي والاضطرابات النفسية ذات دور مهم في تفاقم الحالة وزيادة شدة الحكة.

تغيرات العين: تكثفات في البلورة.

انتان طرق تنفسية علوية. قابلية للانتانات الجرثومية والفيروسية مثل العقبول الشفوي.

طرق التشخيص:

يمكن تشخيص الاكزيما الاستشرائية بعدة معايير بشكل رئيسي هي:

1 ـــ الصورة الرئيسية.

2 ـــ القصة السابقة لآفات جلدية على المواقع التي عادة ما تصاب بالحساسية الاستشرائية في الرضع والأطفال.

3 ـــ استعداد عائلي لحالات الاكزيما الاستشرائية.

4 ـــ اختبارات الجلد لتحديد المؤرج المتهم.

اختبارات الحساسية يمكن أن يجري في الطفولة وسن البلوغ لتحديد بعض وليس من المتوقع تحديد كل العوامل المسببه للتحسس.

يجب أخذ الحذر عند إجراء هذه الاختبارات وأثناء قراءتها وتفسيرها لتسجيل ارتكاس إيجابي ونفي أي إيجابية كاذبة .

طرق معالجة الاكزيما الاستشرائية عند البالغين:

طرق عامة :

إزالة ونفي النوع المتهم من الأطعمة المتوقعة من الوجبات الغذائيه وذلك قد يفيد في تخفيف المشكلة الجلدية.

نظام غذائي خاص يمكن أن يجرب لمدة شهر واحد مثل:

بطاطس ـــ رز ـــ الكوسا ـــ فاصولياء ـــ جزر ـــ لحم الشرائح.

يجب تجنب الأطعمة الملونة والمحفوظة مثل البنزوات، السالسيلات في الفواكه غير الناضجة والمعلبة والحبوب.

إذا كان هذا النوع من الرجيم مفيد فإن المريض يمكنه الاستمرار في إضافة نوع جديد من الطعام لعدة أيام إذا لم يكن هناك تفاقم للمشكلة. هذا يعني أن الطعام المضاف حديثاً ليس له تأثير محسس في هذه المرحلة على الأقل.

المرطبات مثل الكولا، القهوة الشاي يجب تجنبها.

حب الطلع: قد يكون ذو تأثير هام خاصة في الحالات المترافقة مع حمى العلف والربو وينصح بأن المريض يجب أن يحاول الابتعاد عن المناطق التي يوجد فيها بعض النباتات مثل التبن ـــ الورود ـــ والأعشاب .

بؤرة التهاب: جرثومية ـــ فطرية أو فيروسية يجب معالجتها عند إثباتها.

المفروشات المنزلية: والدهان أو المفروشات مثل السجاد والموكيت، والنباتات المنزلية، الفراش والوسائد الحاوية على ريش أو صوف قد تكون ذات تأثير كبير.

المسكنات: مثل حمض الصفصاف (الاسبرين) يجب تجنبه.

فرط الاستحمام والفرك خاصة بصوابين ملونة ومعطرة يسبب جفاف أكثر في الجلد ويؤدي إلى تفاقم الآفة الجلدية. الجلد الجاف يميل لكي يكون أسوأ في الشتاء خاصة في المناطق المدارية الجافة.

التوتر العصبي: والاضطرابات النفسية والجسمسة ذات دور كبير في الأكزيما عند البالغين. طمأنة المريض مهم جداً ويجب أن يكون المريض مسترخياً وبعض الحالات تحتاج لنصيحة الطبيب النفسي وهذا قد يكون مفيد جداً في السلوك العام وتخفيف حالته الجلدية.

المعالجة الجهازية:

مضادات الهيستامين: البقع المنتشرة والشديدة تحتاج إلى مضاد هيستامين فموي لتخفيف الحكة التي تكون عاة مزعجة في معظم الحالات.

الجيل الجديد من مضادات الهيستامين ينصح بها مثل الاستمازول (هيسمانال) واللوراتادين (كلاريتين).

) : هذا الدواء ذو قيمة في الحالات المترافقة مع توتر عصبي لكنه يجب أن يعطى Zyrtecالستريزين (بحذر حيث أنه يولد نعاس قليل خاصة عند تجاوز الجرعة المنصوص بها.

أحياناً نحن نحتاج لمضاعفة الجرعة في مضادات الهيستامين أو مشاركتها مع مضادات هيستامين أخرى من مجموعة أخرى.

المعالجة الموضعية:

الاكزيما في البالغين تكون عادة من النوع الجاف، لذلك المراهم الحاوية على ستيروئيد خفيف في أساس مطري قد تكون كافية للسيطرة على الآفات الموضعية الصغيرة. مراهم الستيرويدات المشاركة مع حمض الصفصاف(Locosalene, Diprosalic.تستخدم للآفات الجلديه الجافة)

الحالات المختلطة بالتهاب جرثومي ثانوي تتطلب مضادات حيوية فموياً مثل الاريثروسين وكريم ستيروید مشاركة مع مضاد حيوي مثل الجنتامسين مع البتياميثازون فاليرات أو غيرها من الستيرويدات المفلورة (Clestoderm v, Decoderm.)

الحساسية الموضعية للأنولين والبارابين أو الأدوية الموضعية مثل مضادات الهيستامين موضعياً وحتى الستيرويدات القشرية قد تسبب في بعض الحالات تفاقم المشكلة الجلدية.

"مراهم ولوعة بالماء ضرورية لمنع الزيد من جفاف الجلد حيث إن جفاف يزيد من BPالمراهم المطرية " مضاعفات الحساسية خاصة الحكة.

الحمام يجب أن يقلل ويجب استخدام صابون زيتي خال من المنظفات القوية والعطور والمطهرات المضافة لها.

الستيرويدات القشرية الجهازية:

الستيرويدات الفموية أو الخلالية يحتفظ بها للحالات المعقدة الغير مستجيبة للمستحضرات الموضعية والعلاجات الأخرى.

جرعة الستيرويدات القشريه تعطي بجرعة واحدة في الصباح وتضاعف ويمكن ان تعطي كل 48 ساعة.

الجرعة تعتمد على شدة الآفة، وزن المريض وعوامل أخرى تتعلق بالمريض.

الحقن العضلي عند البالغين للستيرويدات المديدة التأثير مثل(Depot Medrol, Kenacort, 40mg) تعطى عميقا في العضل أسبوعياً لمدة 2 ــ 4 أسابيع هو أكثر استعمالاً. قد يفضل إعطاء الحقن في بعض الحالات بدلاً من الجرعات بالفم إذ لايترك ذلك أي شك أو نسيان الجرعات الفموية المجدولة من الأدوية الستيرويدية.

المراجع

Gwynn CM, Morrison Smith J, Leon GL. Role of IgG 4subclass in childhood allergy. Lancet 1978; i: .11–910

1

Svensson A, Edman B, M"ller H. A diagnostic tool for atopic dermatitis based on clinical criteria. Acta Derm Venereol 1985; 92(Suppl. 114): 40–33. Br J Dermatol 1971; .7–605 :84

2

Braathen LR. T-cell subsets in patients with mild and severe atopic dermatitis. Acta Derm Venereol 1985; 114(Suppl.): .6–133

3

Jensen JR. Reduction of active natural killer cells in patients with atopic dermatitis estimated at the single cell level. Acta Derm Venereol 1985; 114(Suppl.8–105 :(.

4

Rajka G. Essential Aspects of Atopic Dermatitis. Berlin :SpringerVerlag, .1989

5

Svensson A, Edman B, M"ller H. A diagnostic tool for atopic dermatitis based on clinical criteria. Acta Derm Venereol 1985;) 92Suppl. 114): .40–33

6

Rajka G. Essential Aspects of Atopic Dermatitis .Berlin: SpringerVerlag, .1989

7

Walker RB, Warin RP. The incidence of eczema in early childhood. Br J Dermatol 1956; 68: .1182

8

Blumenthal MN ,Yunis E, Mendell N et al. Preventive allergy: genetics of IgE mediated-diseases .J Allergy Clin Immunol 1986; 78: .67–962

9

Rajka G. Essential Aspects of Atopic Dermatitis. Berlin: SpringerVerlag, .1989

10

Taylor B, Wadsworth J ,Wadsworth M et al. Changes in the reported prevalence of childhood eczema since the 45–1939war. Lancet 1984; ii: .7–1255

11
Wuthrich B, Baumann E, Fries RA et al. Total and specific IgE (RAST) in atopic twins. Clin Allergy 1981; 11: 147–54.
12
Cookson WOCM, Hopkin JM. Dominant inheritance of atopic immunoglobulin-E responsiveness. Lancet 1988; i: 86–7.
13

(84/2)

Ring J, Dorsch W. Altered releasability of vasoactive mediator secreting cells in atopic eczema. Acta Derm Venereol 1985; 114(Suppl.): 23–9.
14

الفصل السابع عشر حساسية الطعام
Food Allergy

يوجد عدة أنماط من الطعام التي تسبب أكزيما أو تعمل كعامل مثير للآفة الجلدية. أنواع حساسية الطعام (اهي من النمط ")، ويؤدي ذلك إلى Mast cells" الذي ينجم عن تحرر الهيستامين من الخلايا البدنية التهاب وزيادة نفوذية الأوعية الدموية.

جزئيات الطعام قد تمر عبر جدار الأمعاء إلى الدورة الدموية، المريض المصاب بحساسية الطعام قد يكون لديه أضدادIgE مع IgG و Ig M."

الحمية باستعمال الأطعمة القليلة التحسس تفيد وتجرب عملياً.

بعض الأطفال قد يستفيدوا من أنواع وجبات معروفة مثل البطاطا والجزر والتفاح المسلوق، زيت الزيتون وحليب الصويا. أنواع أخرى من الطعام قد تكون مفيدة هي الأرز، طحين الأرز، الملفوف، الرواند، المارغارين، ولحم الضأن هذه الأنواع قد تحضر وتستخدم كبديل وكتجربة.

حليب الأم: هو أفضل طعام للطفل، لايوجد أي نوع من الطعام يمكن أن يعتبر كبديل عن حليب الأم إذا استطاعت الأم أن توفره بانتظام لوليدها.

تحدث حساسية الطعام غالباً عند الرضع والأطفال بسبب وصول المستضدات الطعامية من الأمعاء إلى الدورة الدموية. الرضع خاصة المواليد لأبوين مصابين بالحساسية الاستشرائية يجب أن يتغذي فقط على حليب الأم على الأقل في الأشهر الستة الأولى.

يعتقد أن حليب الأم يحوى عدة عوامل تقلل من نفوذية المواد المهيئة للحساسية من الأغشية المخاطية للأمعاء عند الوليد وتخفض بذلك مرور المستضدات إلى الدورة الدموية. حليب الأم يحمى الطفل كذلك من الالتهابات المعدية المعوية والتهاب القولون عند الوليد.

(85/2)

أنواع معينة من الطعام قد تسبب مرض الشقيقة وقد يكون ذلك ناجماً عن عدم مقدرة نسيج الدماغ على تحطيم الأمينات الغذائية بسبب نقص انزيمات انتقائي.

أنواع مختلفة من الطعام مثل حليب البقر، البيض، الأطعمة البحرية، الحبوب، الشوكولاته وبعض المواد الأخرى قد تسبب الحساسية.

يجب عدم الخلط بين حساسية الطعام وعدم قدرة الطفل على تحمل الغذاء.

عدم تحمل الغذاء قد يكون مفاجئاً بعد تناول الطعام المتوقع أو متأخراً.

دور الطعام في إحداث أوتفاقم الأكزيما يختلف من حالة لأخرى. عدة ارتكاسات أرجية أو معدية معوية تساهم في الاستجابة الشاذة للطعام.

بروتينات الطعام هي الأكثر شيوعاً مثل بروتينات البيض والحليب.

الحبوب، الحليب وبعض أنواع العصيرات مثل البرتقال والمانجو قد تلعب دوراً مهماً كمادة مؤرجة.

إذا ساهمت الحساسية للطعام في تفاقم الاكزيما الاستشرائية فإن المستضدات يجب أن تنفذ من الأمعاء وتصل إلى الجلد عبر الدورة الدموية أو يمكنها تفعيل الخلايا اللمفاوية أو الأسسات التي تكون مرتشحة بشكل تالي في الجلد المؤهب.

" العابر قد يكون أيضاً عامل مؤثر.IgAالحدوث المحتمل لعوز "

"يزيد احتمال نفوذ مضادات الطعام واحتمال حدوث التحسس.IgAأي خلل في تركيز "

الترافق المحتمل بين حساسية الطعام والاكزيما الاستشرائية قد يكون سببه عامل مسيطر غير مناعي أو زيادة في نفوذية مخاطية الأمعاء.

علاقة الطعام بالاكزيما الاستشرائية: قد ينجم ذلك عن عدة عوامل هي:

الهيستامين: ينجم عن بياض البيض والجبن ـــ الفريز والسمك والطعام المعلب.

الثيامين: قد ينجم عن بعض أنواع الطعام مثل الخميرة في الخبز ـــ الحلويات والجبنة.

الكافئين: يوجد في الشاي والقهوة والكولا والشوكولاته.

تارترازين: هو ملون غذائي يستخدم كثيراً في صناعة الطعام والشراب، شاي الأعشاب، كراوية والعلكة قد تسبب ارتكاس جلدي.

(86/2)

الصفصفات: متوفر في الطعام الطبيعي مثل الفواكه الحامضة، التفاح، الموز والعنب ـــ الفريز، الخل، عرق السوس أو في إضافات بعض الأطعمة مثل الكريما والمثلجات والعلكة ـــ المربي ـــ الجل والعصيرات.

الصفصافات في الطعام أو الدواء قد تفاقم وتثير وذمة عرقية والربو الشعبي.

النترات: متوفرة في الأطعمة المحفوظة.

الجلوتين: في القمح والذرة والشعير والشوفان يحدث الداء الولاقي بسبب عدم تحمل الجلوتين وربما لايشخص لعدة سنوات بسبب الشذوذات المناعية أضداد الجليادين والأضداد الجوالة التي يمكن تحديدها في بعض المرضي.

الجلوتين يؤذي بطانة الأمعاء الدقيقة مؤدية لسوء امتصاص الطعام.

إذ يتظاهر ذلك بإسهال، فشل نمو وفقدان الوزن، وفقر دم وأمراض عظمية.

الشكل رقم 171: أكزيما تماس (تفاح أخضر)

الشكل رقم 172: أكزيما تماس (برتقال)

الشفاء من هذه الأعراض عادة سريع باستخدام الحمية بالأطعمة الخالية من الجلوتين.

الحليب: المتزامنة أو الحساسية قد يسببها الحليب كما إن نقص اللاكتيز قد يؤدي لعدم تحمل حليب البقر.

يؤثر حليب البقر بشكل رئيسي على الرضع ذوي التغذية بالزجاجة ويتظاهر بالقئ وإسهال ومغص وأكزيما.

بدائل حليب البقر: هو حليب الصويا، حليب الماعز أو الغنم. مؤرجات حليب البقر أو الصويا المبتلعة ذات

دور كبير في إثارة ارتكاس أرجي في المريض المصاب بأكزيما استشرائيه خاصة عند الأطفال.

يوجد ارتكاسات كذلك قد ينجم نتيجة لتحرر الهيستامين والأمينات الموسعة للأوعية الدموية.

المركبات السامة: السموم متوفرة بأشكال معينة في الطعام مثل سم السمك البحري المداري.

المظاهر السريرية لحساسية الطعام:

قد يحدث الارتكاس التحسسي مباشرة بعد تناول الطعام أو متأخر لفترة أطول أو أقصر.

مظاهر الارتكاس الغذائي الفوري:

تورم الشفاه واللسان

ارتكاس شروي قد يصبح معمماً

مظاهر معدية معوية: إقياء ــ إسهال ــ مغص بطني

تنفسية: قد يثار الربو ببعض أنواع الطعام

(87/2)

المظاهر التحسسية: قد تتلو مباشرة تناول نوع معين من الطعام ناجمة عن تأثير مباشر على مخاطية الفم . هذا النوع من الارتكاس يحدث خلال وقت قصير من تناول الطعام المتهم IgEأو ارتكاس مترابط بـــ مثل البروتين الكامل بالحليب والبيض والبازلاء والسمك والقواقع والفريز والشوكولاته والبندق والطماطم والقمح الكامل في الحبوب والخبز.

مظاهر الارتكاس الآجل:

يختلف الارتكاس التحسسي حسب عدة عوامل:

العمر، النوع، كمية المحسس، استعداد المريض.

المظاهر الجلدية: تحدث بعد عدة ساعات أو حتى عدة أيام بسبب تحطم مركبات البروتين الكامل، هذه الأشكال من المؤرجات لا تنتج ارتكاس آني غير أن تكرار تناول هذه الأنواع من الطعام قد يثير أضداداً كافية لإنتاج ارتكاس تحسسي فيما بعد.

هذه المحسسات مثل الحليب والشوكولاته والبيض والكولا والطماطم، الذرة والقمح وقلويات الطعام والبازلاء.

المظاهر المعدية المعوية:

إقياء ــ استرجاع الطعام عند الرضع.

مغص، إسهال، إمساك بشكل تناذر القولون الهيوج.

إسهال دهني ــ إعتلال الأمعاء مضيع للبروتين وإعتلال الأمعاء في حالات حساسية حليب البقر.

المظاهر الجلدية: الآفات الجلدية قد تكون أكزيمائية، شروية ووذمة عرقية، شدة الارتكاس تعتمد على عدة عوامل هي بشكل رئيسي نوع الطعام المسبب للحساسية وقابلية المريض.

عند وجود تحسس لنوع خاص من الطعام فإن ذلك يُسبب تفاقم لآفة جلدية سابقة وكذلك ظهور واحد أو أكثر من الاتكاسات التحسسية التي قد تتظاهر بشكل شري ــ ووذمة عرقية ــ ربو التهاب أنف ــ الشري) والسالسيلات.Tartrazineوالوذمة العرقية قد تنجم عن الطعام والمرطبات الحاوية على إضافات مثل (الطعام المعقد قد يسبب الربو، التهاب أنف ــ شقيقة، داء زلاقي وتناذر القولون الهيوج. لذلك فإن الرجيم الشديد قد يكون ضروريا لتحديد النوع المتهم من الطعام.

(88/2)

الطعام الممنوع قد يسبب ثوران وتفاقم الارتكاس التحسسي عندما يعود المريض للتعرض له مثل كل أنواع الطعام هذه.

المظاهر في الأغشية المخاطية:

تورم الشفاه، تخريش فموي تقرح وحكة شرجية.

الأعراض الأخرى: ارتكاسات جهازية مثل الربو والشقيقة.

فرط الحساسية عند الأطفال، الشقيقة والمفاصل المؤلمة قد ترافق حساسية للطعام.

الأطعمة التي قد تسبب الحساسية

ليس من السهل دائماً أن تتهم الطعام على إنه سبب رئيسى المسبب للحساسية إلا أنه في بعض الحالات فإن ذلك ضروري إذ قد يكون ذلك مفيد جداً في السيطرة على الارتكاس التحسسي.

يجب ملاحظة أن المريض قد يتحسس لأكثر من نوع من الطعام وفي نفس الوقت نوع واحد من الطعام قد يحتوي عدة مكونات كل منها منفرداً قد يسبب تحسس للطعام. الخبز مثلاً قد يحوي القمح، الحليب والصويا والخميرة حيث كل منها قد يعمل كعامل مثير مسبباً أو مفاقماً الارتكاس التحسسي.

هناك أنواع مختلفة من الطعام والإضافات التي قد تثير الآفات الجلدية:

اللحم: المحفوظة ــ النقانق (السجق) ــ السلامي ــ اللحم المجفف ــ اللانشون مع البهارات والزيتون .
بعض اللحوم الطازجة قد يمكن استخدامها بدلاً من تلك الأصناف.
السمك: السمك المدخن ــ القواقع ــ السمك المعلب يجب تجنبها إذا ثبت إن لها دور في إثارة الحساسيه.
يسمح بلحم السمك الأبيض، إلا إن بعض الحالات من ثورات الاكزيما تحدث مع أي نوع من السمك سواء كان طازجاً أو معلباً محفوظاً.
الحبوب(Cereals): هناك عدد من أنواع الأغذية المحضرة من القمح، الشعير، الشوفان، الذرة على شكل حبوب ــ بسكويت ــ أو الحلويات، مسحوق الخميرة أو أي شيء يحتويه بشكل أو بآخر مثل نشاء الذرة، وزيت الذرة، شراب أو وجبة الذرة قد يسبب الاكزيما، النشاء، زيت الذرة، شراب الجلوكوز، العصائر الزجاجية قد يحتوي على النشاء.

(89/2)

الأطعمة المعلبة بشكل حساء، الحبوب المطبوخة، شرائح كورن فليكس، الكاسترد، المثلجات والآيس كريم، المربيات، المارغارين الزيت النباتي والدكستروز هي أنواع أغذية غالباً تحوى الحبوب أو مواد أخرى قد تثير الحساسية.
بدائل الأطعمة المسببه للتحسس – حميه خالية من الحليب
حليب الصويا قد تستعمل كبديل عن الحليب، ويمكن تحضيره بإضافة 150غ / 5 أونصات من دقيق الصويا مع 1.5 لتر من الماء في وعاء خاص ويسخن المزيج ببطء في وعاء مع التحريك المستمر حتى الوصول إلى درجة الغليان ومن ثم نخفض الحرارة تدريجياً مع الاستمرار في التحريك لمدة 20 دقيقة، يمكن إضافة مادة لتحسين الطعم مثل عصير البرتقال عندما يكون المستحلب بارداً أو يمكن إضافة العسل أيضاً.
هذا يمكن حفظه في البراد ويمكن استخدامه مؤخراً كبديل للحليب.
الفطور: عصير فواكه ومستحلب فول الصويا المحضر بالطريقة الموضحة أعلاه. للأطفال الأكبر، يمكن أن يكون إعطاء شرائح الخبز (توست) مع المربى.
الغداء: كعك ــ سلطة متنوعة ــ موز مطبوخ.
العشاء: بطاطس ــ جزر ــ عصير الفاكهة الطازجة ــ جوز الهند ــ التفاح ــ الفريز.

حميه خالية من البيض

الفطور: عصير فواكه، حليب، لحم غنم شرائح مشوية، طماطم، خبز كامل الدقيق، الزبدة وخلاصة الخميرة.

الغداء: الدجاج ــ أرز ــ تفاح مطبوخ.

العشاء: لحم مع توست أبيض ــ لحم سمك أبيض ــ سبانخ ــ بطاطس ــ فواكه.

بعض أنواع الوجبات يمكن اقتراحها للمرضي:

الفطور: عصير تفاح ــ بدائل الحليب (مستحلب فول الصويا) ــ أرز بالمارغارين ــ تفاح ــ موز.

هذه المواد قد تضاف لوجبة الفطور.

الغداء: لبن غنم ــ سلطة فواكه ــ سلطة خضار.

العشاء: فواكه مشكلة ــ لحم شرائح وجزر.

استثناءات من الحمية :

لابد من التعرف على نوع الحمية التي يتوقع أنها سبب الارتكاس التحسسي أو تفاقم آلافة.

(90/2)

كيف تخطط لإلغاء الحمية المتهمة بأنها تسبب تفاقم الاكزيما هو مهم جداً. إن دور الطبيب الواعي هو الشرح للطفل وأمه الطريقة التي يمكن أن تفيد في تحديد الطعام المتهم ومن ثم إلغائه.

المتابعة:

الأعراض التي يشكو منها الطفل أو الرضيع يجب تسجيلها في دفتر الملاحظات وملف المريض.

الإزالة التامة للطعام المتهم.

يحافظ المريض بكل دقه على بدائل الطعام المتهم لمدة أسبوعين.

يجب مراقبة الطفل لكي يلتزم بهذا النوع من الطعام وإذا شعرت الأم بأن هناك شك بذلك مثل تناول الطفل بعض أنواع الطعام الممنوعة يجب عليها أن تبدأ من جديد ثانية من البداية بتطبيق الحميه على طفلها.

إذا طبق ذلك فإن الآفة الجلدية عادة سوف تبدأ بالشفاء باذن الله.

اختبارات الطعام:

الأم تبدأ بإضافة واحد من الغذاء الممنوع خلال الأسبوع الثالث وتُسجل ذلك في يومياتها. هذا يعني أن

مراقبة طفلها ليومين أو ثلاثة.

أثناء استخدامها هذا الطعام، يمكنها أن تبدأ بإضافة حليب البقر، الحبوب، الأرز، الذرة، القمح، البيض، ولحم الغنم، الدجاج، السمك الأبيض، بطاطا، موز، حمضيات وكل من هؤلاء يعطي للطفل حسب الترتيب لمدة ثلاث أو أربع أيام وتراقب طفلها بشكل جيد لكي لا يتناول أي من الأغذية الممنوعة مع هذا النظام.

إذا تفاقمت الآفة الجلدية ثانية، فهذا يعني أن هذا النوع من الطعام عادة وتعتبر كعامل متهم ويجب إزالته.

إذا لم يحدث تفاقم في الآفة الجلدية بعد إضافة هذا النوع من الطعام هذا يعني أن هذا النوع من الطعام يمكن تناوله.

يجب ملاحظة أن الارتكاس الناجم عن الطعام ليس دائماً آنياً. بعد تناول الطعام قد تظهر الحساسية بعد عدة ساعات أو أيام. هذا يعني أن كثيراً من الطعام المختبر يجب أخذه يومياً لمدة 3 أيام أو أربع أيام. بعد هذا التاريخ إذا لم يوجد تغيرات في الآفة الجلدية أو لايوجد ارتكاس في طفل طبيعي، فهذا النوع من الطعام يعتبر عادة غير محسس للرضيع أو الطفل.

(91/2)

بعض أنواع الطعام تحوي أكثر من مكون حيث كل منها قد يؤثر كعامل مؤثر محتمل ومن الأهمية بمكان أن نختبر كل مركب لوحده مثل اختبار الخميرة قبل الخبز أو خبز الشعير.

بعض الأدوية كالأسبرين أو الباراسيتامول تحتوي على القمح والنشاء بجانب المادة الفعالة.

استخدام الشكولاته الخام يمكن أن نختبر الشوكولاته.

اللبن الرائب أو لبن الزبادي يختبر كلبن طبيعي بدون المادة المضافة سواء لتحسين الطعم أو فواكه مضافة أو أي مكونات مضافة أخرى.

تحديد الأطعمة المحسسة الأخرى

إذا لم تتحسن الأعراض بعد أسبوعين رغم الحمية الشديدة، هذا يعني أن الطعام لايسبب المشكلة الجلدية، ولاحاجة لمنع أي طعام، في هذه الحالة قد يكون هناك عامل آخر يؤدي إلى التحسس.

تحديد الأطعمة المثيرة للحساسية بحاجة لصبر شديد وقبول والتزام جيد فإذا ما تمت المتابعة بشكل صحيح ومناسب فإنه سيكون مفيداً جداً.

إذا وجدت طريقة حجب الغذاء المشكوك فيه صعبة فيمكن اختبار عدة أنواع من الطعام مجتمعة.

يمكن تجريب النظام الغذائي التالي:

اليوم الأول: مستحلب الصويا لوحده أو الأرز ــ الدجاج ــ الجزر للاطفال الذين هم في عمر أكبر.

اليوم الثاني: لحم غنم ــ البطاطس ــ لحم البقر.

اليوم الثالث: الأرز ــ سمك أبيض ــ البطاطس ــ التفاح.

اليوم الرابع: لحم بقر ــ الطماطم ــ الفاصوليا الخضراء.

اليوم الخامس: لبن زبادي ــ البيض ــ حليب غنم مبستر سواء الطازج أو البودرة.

عند اتباع هذا النوع من النظام الغذائي يجب ألا نغفل المواد الأساسية الضرورية اللازمة لنمو الطفل مثل الفيتامينات التي تذاب في الدهون Vit. A , D, E , K..

ويجب أن تكون هذه الفيتامينات خالية من النشاء أثناء تحضيرها.

الاحتياجات اليومية من هذه الفيتامينات:

Pyridoxine 100mg
Nicotinamide 600mg
Ascorbic acid 300mg
Riboflavin 15mg
Thiamin hydrochloride 150mg

(92/2)

افضل مصدر لفيتامين "د" هو أشعة الشمس لذا تعريض جلد الطفل يومياً لأشعة الشمس في الصباح له فائده هامة.

طريقة التطعيم

بمصل خاص بناء على نتيجة اختبارات الحساسيه قد يكون ذا فائدة للمصابين بالحساسية الاستشرائية ــ الربو وحمى القش.

المراجع

Andersson, JB. And Lessof, MH. : Diagnosis and treatment of food allergies. Proceedings of the nutrition society, 42, .(1983) 257
1
Atkins FM, Steinberg SS, Metcalfe DD. Evaluation of immediate adverse reactions to foods in adult patients II. A detailed analysis of reaction patterns during oral

food challenge. J Allergy Clin Immunol 1985; .63–356 :75

2

Bock SA, Lee W-Y, Remigro LK. Studies of hypersensitivity reactions to foods in infants and children. J Allergy Clin Immunol 1978; .34–327 :62

3

Sampson HA. The role of food allergy and mediator release in atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 1988; 81: .45–635

4

Barnetson R StC, Merrett TC. Food allergy and atopic eczema. Proc Nutr Soc 1983; .56–247 :42

5

Jackson PG, Lessof MH, Baker RWR. Intestinal permeability in patients with eczema and food allergy. Lancet 1981; i: .6–1285

6

Hausen BM, Hjorth N. Skin reaction to topical food exposure. Dermatol Clin 1984; ,78–567 :2

7

Sampson HA, Joli PL. Increased plasma histamine concentrations after food challenges in children with atopic dermatitis. N Engl J Med .6–372 :311 ;1984

8

Eagle, R. :Eating and allergy. Futura, London. (1979) 110

9

Barnetson R StC, Merrett TC. Food allergy and atopic eczema. Proc Nutr Soc 1983; 42: .56–247

10

Carini C. IgE immune complexes in food allergy; significance, pathogenicity and clinical consideration. Clin Allergy 1987; 17: .97–485

11

Barnetson R StC, Merrett TC. Food allergy and atopic eczema. Proc Nutr Soc 1983; 42: .56–247Atopic Dermatitis
12
Jackson PG, Lessof MH, Baker RWR. Intestinal permeability in patients with eczema and food allergy. Lancet ;1981i:.6–1285
13
Sampson HA. The role of food allergy and mediator release in atopic dermatitis. J Allergy Clin Dermatol 1989; 81: .45–635
14
Barnetson R StC, Merrett TC. Food allergy and atopic eczema. Proc Nutr Soc 1983; .56–247 :42
15
Carini C. IgE immune complexes in food allergy; significance ,pathogenicity and clinical consideration. Clin Allergy 1987; .97–485 :17
16
Gwynn CM, Morrison Smith J, Leon GL. Role of IgG 4subclass in childhood allergy. Lancet 1978; i: –910
17
Satyawan I, Oranje AP, van Joost Th. Perioral dermatitis in a child due to rosin in chewing gum. Contact Derm 1990; .3–22:182
18
Sampson HA. Role of immediate food hypersensitivity in the pathogenesis of atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 1983; 71: .80–473
19
Sampson HA, Joli PL. Increased plasma histamine concentrations after food challenges in children with atopic dermatitis. N Engl J Med 1984; 311: .6–372
20

الفصل الثامن عشر التهابات الجلد التخرشية الأولية

Primary irritant dermatitis

يختلف التهاب الجلد التخريشي عن التهاب الجلد التحسسي. الاكزيما التخريشية تحدث بسبب مواد تطبق للمرة الأولى أو لفترة قصيرة قد تؤدي إلى أذية خلوية إذا طبقت بتركيز معين ولمدة كافية.

(94/2)

بعض المواد المخرشة تسبب ألاذية بإعياء الخلايا القرنية وإزالة للكيراتين وتغيير القدرة على حمل الماء مما يؤدي ذلك لتغير فيزيزلوجي في الجلد.

التعرض المتكرر للمادة المخرشة يجب أن يتجاوز درجة معينة ليسبب التفاعل التحسسي. أكزيما التماس الأرجية تنجم عن التعرض المتكرر لمادة ما التي لاتستطيع في البداية إحداث تخريش أو تأكزم ولكن تعرض الجلد المتكرر لنفس المادة قد يحدث أكزيما تماس بعد ذلك .

التخريش الموضعي ينجم عن عوامل مخرشة و هوليس تفاعل تحسسى ويجب تفريقها عن أكزيما التماس الأرجية.

المخرشات الأولية قد تحدث ارتكاس التهابي غير أرجي في المرة الأولى التي يتعرض فيها الجلد لهذه المادة النوعية. إلا أن شدة الارتكاس تعتمد على عوامل مختلفة وبشكل رئيسي على تركيز المادة، مدة التعرض، والحالة الموضعية للجلد.

الأكزيما التخريشية الأولية شائعة عند الرضع والأطفال الصغار. المواد البسيطة والخفيفة مثل الصوابين وحتى اللعاب قد يحدث تخريش في الرضع لكن ليس له تأثير على الأطفال الأكبر.

المخرشات الأوليه المختلفة التي قد تسبب ارتكاس غير تحسسي مباشرة هي:

المنظفات ــ مواد التجميل ــ الكاويات.

النباتات ــ أعشاب العوسج كما في سم الخلبان، البلوط والشجيرات.

المعادن: النيكل، ثنائي الكرومات الموجود في المجوهرات.

البرافين: تستخدم في التجميل، كريمات وسواغات ــ ومواد حافظة.

المضادات الحيوية الموضعية: نيوميسين، السلفا.

مخدرات موضعية: البنزوكائين.

مضادات الهيستامين وحتى الستيروئيدات القشرية الموضعية.

المادة اللاصقة والكولوديون.

كحول الخشب: في مواد التجميل، الكريمات و لانولين المطاط و البلاستك في الألبسة و الأحذية و القفازات.

القلويات: مثل الصابون، شامبونات، المنظفات الحاوية على صوديوم وبوتاسيوم أمونيوم وكالسيوم هيدروكسيدات، و التي تستعمل لصناعة المنظفات.

البلاستك وبعض المواد الصناعية.

(95/2)

حفائظ الاطفال هي سبب شائع لالتهاب الجلد الحفاظي.

مقاعد المراحيض أو السراويل المطاطية من البولستر قد تسبب أكزيما تخريشية أولية.

الحموض: مثل حمض الكاربوليك (فينول) قد يسبب أكزيما تخريشية بدائية أو حتى تأثير سمي قاتل خاصة في الرضع و الأطفال الصغار.

الحموض الأخرى: مثل السالسيلات وحمض الكبريت ــ وحمض الآزوت ــ حمض الأيونيك و التانيك قد يسبب حروق شديدة عندما تكون مركزة. معالجة أي حالة تكون بالغسل المباشر بالماء وبيكربونات الصوديوم أو بالصابون.

الغازات و الغبار خاصة في الجو الرطب.

طاردات الحشرات، معطرات الجو ــ الحيوانات الأليفة مثل الكلاب ــ القطط و الطيور.

النباتات و الزهور.

عدة مخرشات تسبب أكزيما تماس في عدة مواقع:

الفروة و الوجه: صبغة الشعر ــ مثبتات الشعر ــ الشامبونات ــ مواد تجميل.

حول الفم: الفواكه الحامضة مثل البرتقال، الليمون، التفاح، نتيجة مباشرة لملامسة القشرة أو العصارة للجلد. العلكة ومعجون الأسنان.

العينان: المسكارة ــ الغازات الطياره ــ الكحل الكاذب.

الأظافر: ملونات الأظافر (المناكير) و الاسيتون.

اليدين: تتماس مع مخرشات مختلفة مثل الصابون ــ المنظفات ــ القفازات البلاستك ــ العطور ــ عصير وقشور البرتقال و الليمون ــ البصل ــ عصير الخضار و الثوم بالتماس المباشر مع الجلد.

المناطق الاربية وناحية الحفاظ: الحفاظات ــ الصوابين ــ العطور ــ المستحضرات الموضعية مثل

المساحيق أو المركبات أو مستحضرات التجميل.

الجذع والبطن: المواد الصناعية مثل الصوف ــ الحرير ــ النايلون ــ الأصبغة ــ الكاويات ــ العطور أو المعادن في الملابس والصدريات أو الحمالات.

(96/2)

الأطراف السفلية: جلد الحذاء، أو البلاستك أو الأصبغة والمواد الكيمائية التي تستعمل بالتصنيع، جوارب الصوف أو النايلون أو السير حافياً خاصة على البسط النايلون أو الصوف أو السجاد يمكن أن يفاقم الاكزيما التخريشية. النموذج السريري الأكثر شيوعاً من الاكزيما التخريشية نلاحظ في الوليد هي ماحول الشرج والفخذين نتيجة استعمال الحفائظ.

المظاهر السريرية لاكزيما التخريش الأولية

قد تتظاهر بحمامي وتورم حاد في الجلد يتلوه عادة تحوصل ونز ــ ويصبح السطح متقشراً ويحدث التشقيق في المراحل الأخيرة.

في المرحلة المزمنة يصبح الجلد سميكاً مفرط التصبغ ومتحزز.

الحكة هي عرض رئيسي وتختلف حسب المخرش، المرحلة ــ العمر وقدرة تحمل المريض.

الالتهابات الجرثومية الثانوية تحدث عادة بسبب الحكة وتخريش الجلد.

طرق التشخيص:

) أحياناً يكون مفيد جداً في وضع وتحديد العامل المتهم.Patch testاختبار البقعة (

ومن المهم أن نلاحظ أن اختبار البقعة يجب أن لايجري في التهاب الجلد الشديد والواسع حتى تتم السيطرة على الآفات خاصة عند المرضي المصابين بحساسية شديدة، إجراء البقعة يجب التأكد من أن المريض لايتناول الستيروئيدات القشرية أو مضادات الهيستامين خاصة طويلة الأمد منها. حيث أن هذه الأدوية قد تؤدي لتفسير غير دقيق للإختبار.

المواد المختبره القوية في البقعة يجب أن تخفف لكي لاتسبب حساسية مباشرة أو تحريض للآفات الأولية.

(Fig. 173a.Primary irritant dermatitis (Metalحساسيه اوليه تخريشيه من المعادن)

(Fig. 173b.Primary irritant dermatitis (Perfumesحساسيه تخريشيه من العطور)

(Fig.173d. Primary irritant dermatitis(Stockingsحساسيه اوليه تخريشيه من الجوارب)

حساسيه تخريشيه حلده من الجواربFig. 173f.Acute irritant dermatitis

المراجع

Cronin E. Contact Dermatitis. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1980
1

(97/2)

Holst R, M"ller H. One hundred twin pairs patch tested with primary irritants. Br J Dermatol 1975; 93: 9–145
2
Jackson EM, Goldner R, eds .Irritant Contact Dermatitis. New York: Marcel Dekker, 1990
3
Kligman AM ,Wooding WM. A method for the measurement and evaluation of irritants on human skin. J Invest Dermatol 1967; 49: 94–78
4
Fregert S. Manual of Contact Dermatitis, 2nd edn. Copenhagen: Munksgaard, 1981
5
Symposium on Skin Cleansing. Trans St John's Hosp Dermatol Soc 1965; 51: –133 256
6
Van der Valk PGM, Crijns MC, Nater JP et al. Skin irritancy of commercially available soap and detergent bars as measured by water vapour loss. Dermatosen 1984; 90–87 :32
7
Wood DCF, Bettley FR. The effect of various detergents on human epidermis. Br J Dermatol 1971; 84: 5–320
8
Zesch A. Adverse reactions of externally applied drugs and inert substances. Dermatosen 1988; 33–128 :36

9
De Groot AC. Patch Testing. Test concentrations and vehicles for 2800 allergens. Amsterdam: Elsevier, 1986
10
Fisher AA. Contact Dermatitis, 3rd edn. Philadelphia: Lea and Febiger, 1986
11
Hurkmans JFGM ,Bodde HE, van Driel LMJ et al. Skin irritation caused by transdermal drug delivery systems during long-term (5days) application. Br J Dermatol 1985; 7–461 :112
12

الفصل التاسع عشر اكزيما التماس عند الأطفال حديثي الولادة
Neonatal Contact Dermatitis

أسباب التهاب الجلد بالتماس عند الوليد:

(98/2)

الحفاظات : خاصة الحاوية على بلاستيك قد تؤدي إلى تخرش المنطقة المتلامسة خاصة عندما تترك بدون تغيير لفترة طويلة بسبب التاثير المباشر أو من مفرزات البول أو البراز والأمونيا التي من الممكن إن تسبب اكزيما تماس.

المعادن: الأقراط (الحلق) أو أي معدن قد يسبب تأكزم موضعي.

العطور: أو المناديل المعطرة ذات تأثير أيضاً. الصوف والنايلون في الألبسة، الأغطية أو الحصير أو السجاد والشراشف هي سبب شائع لالتهاب الجلد بالتماس.

مستحضرات التجميل: مثل الكريمات، المراهم، والمحاليل، بودرة التالك أو مضادات العفونة (المطهرات الحاوية على هكيسا كلوروفين ليست فقط مخرشة ولكنها قد تسبب تأثيرات سمية خطيرة.

الكريمات الدوائية: الحاوية على مضادات حيوية مثل النيوميسين، السلفا، البنسلين، مضادات الهيستامين وحتى الستيرئيدات القشرية قد تسبب التهاب جلد تماس ولكن بشكل رئيسي من النمط المتأخر للحساسية (التحسس الآجل) الذي ينجم عن السواغات الفعالة أو أساس المركب العلاجي أو المواد المضافة.

المظاهر السريرية:

التهاب الجلد بالتماس عند الوليد عادة يكون حاداً، إذ تظهر آفات حمامية نازة، حويصلية أو فقاعية في مكان التماس وقد تصبح الحالة مزمنة إذا أهملت مخلفة وراءها بقع حمامية جافة متقشرة.

الحكة عند الوليد تظهر بطريقين: إما أن يصبح قلقاً ومتهيجاً يتحرك من مكان لآخر أو يحك الناحية باتجاه أمه أثناء الرضاعة أو عند حمله وتدليله.

اختبار البقعة قد يفيد أحياناً لتحديد العامل ألم المسبب عند الرضع الكبار والأطفال.

طرق المعالجة :

منع وتجنب وايقاف التماس مع العامل المحسس يمثل العامل الأكثر أهمية في معالجة التهاب الجلد بالتماس.

تطبيق مرهم أو كريم خفيف خالي من الستيرويدات القشرية مثل:

" عادة كافية للسيطرة على الحالات الخفيفة.Pufexamac, Flogocid or Parfenac-Droxarylالكريم"

(. Elocom creamالحالات الشديدة قد تتطلب هيدروكورتيزون خفيف موضعياً)

(99/2)

(.Fenistil drops or syrupمضادات الهيستامين قد تستعمل لمنع الحكة)

داء الثنيات عند الوضع ــ داء الثنيات الطفيلي

Infantile Intertrigo

هو مصطلح يدل على تفاعل التهابي قد يكون أكثر أو أقل تحدداً في معظم ثنايا الجسم. قد يكون التفاعل اكزيمائي أو التهابي في مناطق الثنيات وناجم عن انتانات فطرية أو جرثومية.

داء الثنيات الفطري أو الجرثومي تم الاشاره اليهما في فصول سابقة.

في هذا الفصل سوف نناقش داء الثنيات الاكزيمائي بشكل مختصر.

الأكزيما خارجية المنشأ تنجم عن عوامل خارجية تسبب التهاب جلد تماسي بدائي أو التهاب جلد تماسي أرجي متأخر.

الشكل رقم 173: حساسية حول الشرج

والتهاب حبيبي

التفاعلات الأكزيمائية الأكثر شيوعاً لطيات الجلد، التهاب العجان والورم الحبيبي الاليوي عند الرضع هي:

1ــ داء الثنيات والعجان

2ــ التهاب الجلد حول منطقة الشرج عند الولدان

3ــ التهاب الجلد في المنطقة المغطاة بالحفائظ

يجب ملاحظة أن الرضع والأطفال قد يتعرضون مباشرة إلى عدة مواد تسبب الحساسية أو المواد المتوفرة في المنزل أو ماحوله أو المؤرجات المستخدمة من قبل الأم مثل مواد التجميل الخاصة بالوجه ولشعر والأظافر والكريمات والعطور أو غيرها. عدة مواد قد تؤثر على شكل مؤرجات عند الرضع والأطفال الصغار.

بعض هذه المواد تشمل مايلي:

الاستخدام الواسع للمستحضرات السامة مثل المطهرات موضعياً وتماس الجلد الطويل الأمد مع البول والبراز. الوجود المتكرر للحالات المغطاة بالحفائظ أو غيرها.

معظم الارتكاسات الأكزيمائية عابرة تتظاهر فقط بأعراض خفيفة بينما غيرها قد تكون شديدة.

العوامل المؤهبة:

عدة عوامل مؤهبة قد تؤدي إلى داء الثنيات الاكزيمائي.

مشاركة الرطوبة والتخريش في السطح الجلدي.

البدانة عامل مؤهب شائع.

فرط الحرارة في المنطقة المغبنية بالألبسة والجو الحار الرطب.

عدم النظافة وسوء العناية الصحية.

تغطية الناحية المغبنية لفترة طويلة.

(100/2)

المخرشات الخارجية: عدة مخرشات قد تؤهب للتأكزم في ثنيات الجسم.

بعض هذه تشمل مايلي:

الحفائظ – المنظفات ــ المطهرات ــ الأدوية الموضعية ــ مواد التجميل والعطور، مزيلات العرق والمساحيق خاصة تلك الحاوية على بلورات صغيرة لم تسحق بشكل كامل أو الحاوية على مواد مخرشة

أو سامة.

المظاهر السريرية:

آفات الجلد تظهر بشكل حمامي على المناطق المغبنية خاصة على جانب الفخدين والإبطين والشرج (ما بين الإليتين)، وتكون الحواف حادة لكن غالباً ما قد يحدث حواف مميزة.

البثرات تحدث غالباً خلال وقريباً تماماً من المحيط. الحالة قد تصبح منتشرة جداً وقد تمتد إلى النسيج المجاور.

الاحتكاك والتعطين خاصة عند الرضع والأطفال البدينين قد يؤدي إلى التهاب جرثومي أو فطري ثانوي.

التغطية المستمرة للمناطق قد يؤدي إلى دخنيات بسبب انسداد فتحات الأقنية العرقية.

الانتان الثانوي الفطري أو الجرثومي خاصة المبيضات البيض شائع عند الرضع الذين يستخدمون الحفائط.

في الحالات الشديدة تصبح المنطقة المصابة متسلخة. تبدي بثرات وحتى خراجات.

طرق التشخيص:

المظاهر السريرية في داء الثنيات تتداخل بالمظاهر السريرية لالتهاب الجلد الحفاظي التخريشي الأولي.

التهاب الجلد الزهمي عند الأطفال الرضع، التهابات الجلد الاستشرائية والصداف.

التشخيص لهذه الاضطرابات غير ممكن دائماً ورغم ذلك فان طرق العلاج واحدة.

معالجة داء الثنيات:

هي بشكل مهم نفس معالجة التهاب الجلد الحفاظي التخريشي الأولي والتهاب الجلد الاستشرائي الطفلي.

حيث أن الانتان الثانوي يبدو أنه شائع، فإن المضادات الحيوية لوحدها أو مشاركة مع مضادات المبيضات قد تستعمل .

التشخيص التفريقي:

"1Seborrehic Dermatitis ــ التهاب الجلد الزهمي "

آفات التهاب الجلد الزهمي تصيب الفروة والسطوح القريبة، الآفات الحمامية مغطاة بالقشور الزهمية.

2 ــ التهاب الجلد التخريشي الأولي.

بعض الرضع المصابين بالتهاب الجلد الحفاظي التخريشي الأولي قد يعانون من اندفاع منتشر بشكل مترقي حول المنطقة المصابة، هذا يحدث بشكل عام عندما يكون التهاب الجلد الحفاظي شديد نسبياً.

3 ـــ الصداف.

بعض حالات التهاب الجلد الزهمي الطفلي هي مظاهر باكرة للصداف. الآفات القشرية الفضية قد تفيد في التشخيص التفريقي للصداف.

4 ـــ التهاب الجلد الاستشرائي:

وجود أو غياب القصة العائلية للحساسية تبدو غير مفيدة في وجود التشخيص التفريقي.

الحكة أشيع وأكثر في التهابات الجلد الاستشرائى. الابطين لايصابون عادة في التهاب الجلد الاستشرائى الطفلي. السطح العاطف من الذراع والحفرة المأبضية تميل للإصابة في التهاب الجلد الاستشرائي ولاتصاب في التهاب الجلد الزهمي الطفلي.

في المصل قد يفيد في التشخيص التفريقي.IgEعيار الـــ

) قد يظهر باندفاع ذو 5Langerhans cell hisliocytosis ـــ دواء النوسجات بالخلايا لانغرهاسن (

مظاهر شائعة مع التهاب الجلد الزهمي الطفلي خاصة توزعه على الفروة، الخاصرتين والابطين.

الاندفاع في داء النوسجات بخلايا لانغرهاسن يجتمع بشكل عناقيد من لطاخات شفافة بلون متوهج مع نمشات في بعض الحالات.

بعض المظاهر الأخرى يمكن تحديدها مثل آفات الفم والناحية الشرجية التناسلية وكتل طرية في الفروة أو ضخامة كبدية طحالية.

خزعة الجلد قد تؤكد تشخيص داء النوسجات بخلايا لانغرهانس.

(6Primary immuno-defficiency disordrs ـــ اضطرابات عوز المناعية الأولية (

قد يتظاهر باندفاع اكزيمائي ذو ميول نحو السطوح العاطفة القريبة.

الآفات الجلدية بشكل خاص هي أورام حبيبية مزمنة.

قد توجد بنفس الطفوح في اضطرابات عوز المناعة الثانوية مثل انتان الإيدز الولادي.

طرق المعالجة:

الحالات الخفيفة:

"بودرة التالك Zeasorbتجفيف الناحية المغبنية وذلك بتطبيق مسحوق مضاد جراثيم معتدل مناسب مثل "
يجب تجنبه أو استعمال البودرة المسحوقه جيداً وخالية من البلورات التي قد تسحج الجلد ويحتمل أن تؤدي
إلى تفاقم الاندفاع.
" لوحدة أو Pufexamac ,Droxarylعادة استخدم مستحضر مضاد لالتهاب خالي من الستيرويد مثل "
" كريمات في حالات الاختلاطات Parfinac, Flogocidمشاركة مع مضاد جرثومي ومضاد فطري مثل "
الفطرية والجرثومية للمنطقة المصابة. هذه المركبات عادة فعالة وهي آمنة لأنها خالية من الستيرويدات
القشرية.
في الحالات الأكثر شدة يستطب باستخدام الستيرويدات القشرية المعتدلة موضعياً مشاركة مع مضات
" كريم لمدة حوالي أسبوع حسب Decoderm compound creamللمبيضات أو مضادات الجراثيم "
شدة الحالة مع استعمال مطريات زيتية(Baby Vaseline, Moisturel cream, Alpha keri , (baby
oil."
عندما تكون الآفة متسحجة، رطبة ونازه، فإن المعالجة بكمادات رطبة حاوية على محاليل ضعيفة مثل
برمنغنات البوتاسيوم 9000/1 أو المنيوم استيات قد يكون مفيداً جداً. بعد استعمال الكمادات يوضع الكريم
المناسب.
يجب الانتباه بحذر لإصلاح العوامل المؤهبة مثل التهوية للمناطق المغبنية والبدانة (الشاش مثل شاش
فازيليني أو السوفراتول يمكن أن يطبق على المناطق المغبنية لمنع التماس المباشر مع الحفائظ. إن ذلك له
دور هام جداً عند الرضع لمنع التخريش. الشاش يمكن استخدامه بعد تطبيق المستحضرات الموضعية على
المناطق المغبنية.
التهاب الجلد ماحول الشرج (العجاني) عند الوليد
المسببات:
"العالي pHالتهاب جلد العجان أكثر انتشاراً بين الرضع الذين يتغذون بالزجاجة ينجم عن زيادة الـــ"
لحليب البقر.
المظاهر السريرية:

تظهر الآفات الجلدية عادة بشكل باكر، حيث أن شدة الطفح تعتمد على عدة عوامل خاصة الحالة العامة للرضيع، مدى تحمل المادة المسببة للتحسس، التعرض المتكرر وسوء النظافة الموضعية والعامة.

الحالات الخفيفة: الآفة الجلدية موضعية حول العجان تتظاهر بالحمامي.

الحالات الشديدة: الجلد المصاب قد يكون متوذماً ومتسحجاً بشكل سطحي.

الآفات قد تمتد إلى مناطق أخرى مثل الناحية المغبنية مؤدية التهاب جلد حفاظي.

طرق المعالجة:

الوسائل العامة:

تشجيع الرضاعة الطبيعية (من ثدي الأم)

الشكل رقم 174: التهاب جلد العجان

النظافة العامة: يجب على الأم شخصياً أن تهتم أكثر بطفلها ولاتتركه للخادمات أو المرضعات.

تغيير الحفاظات عندما تصبح رطبة.

تجنب المنظفات القوية والصوابين القوية لتنظيف المنطقة.

تجنب المخرشات مثل المواد المثيرة للجلد بالاحتكاك، أو بكتم الجلد بالتغطية المستمرة، وعدم استعمال المناديل الكحولية أومنظفات مؤذية للمنطقة مثل الديتول وغيرها.

المعالجة النوعية:

الحالات الخفيفة قد لاتحتاج لمعالجة.

المنطقة المصابة يجب أن تنظف بالماء وصابون اطفال خفيف وتطبيق المطريات مثل البارافين الأبيض الطري أو زيت الزيتون إذ قد يفيد ذلك كمادة واقية.

"Pufexamacالحالات المعتدلة تحتاج مضادات التهاب غير ستيروئيدية موضعياً مثل "

المضادات الحيوية أو مضادات الفطور قد نحتاج لها حسب الحالة.

مضادات الحساسية بالفم فى حالات الحكة.

الحالات الشديدة قد يحتاج إلى هيدروكورتيزون موضعي لوحده أو مشاركة مع مضاد فطور أو مضاد جراثيم عندما يكون هناك انتان جرثومي أو فطري ثانوي.

الورم الحبيبي الاليوي الطفلي

هذا المصطلح يطبق على الحالات التي تظهر بشكل اختلاط للنوع التخريشي البدئي لالتهاب الجلد الحفاظي الناجم عن استخدام السراويل البلاستيكية أو عن المستحضرات الموضعية.

المبيضات البيض تعتبر من الأسباب الهامة لحدوث ذلك.

المظاهر السريرية

(104/2)

آفات الجلد تظهر في عمر 4 شهور إلى 9 شهور عادة. الآفات تتكون من واحد أو عدة اندفاعات على شكل عقيدات أرجوانية غامضة وحيدة الشكل، عادة بيضاوية محورها الطويل يوازي شقوق الجلد. وتستمر لبضعة أسابيع وقد تترك ورائها تندبات ضمورية بعد الشفاء.

طرق المعالجة

العلاج مثل ما يطبق في معالجة حاسية الحفائظ.

المراجع

Pratt AG. Perianal dermatitis of the newborn. Am J Dis Child 1951; 82: 32–429

1

Pratt AG, Reed WT. Influence of type of feeding on pH of stool, pH of skin and the incidence of perianal dermatitis in the newborn infant. J Pediatr 1955; 46: 43–539

2

Tanino J, Steiner M, Benjamin B. The relationship of perianal dermatitis to fecal pH. J Pediatr 1959; 800–793 :54

3

Boisits EK, McCormack JJ. In: Maibach H, Boisits EK, eds .Neonatal Skin. New York: Marcel Dekker, 1982: 204–191

4

Brookes DB ,Hubbert RM, Sarkany I. Skin flora of infants with napkin rash. Br J Dermatol3–250 :85 ;1971

5

Brown BW. Fatal phenol poisoning from improperly laundered diapers. Am J Public Health 1970; 60: 2–901

6

Caplan RM. The irritant role of feces in the genesis of perianal itch. Gastroenterol

1966; 23–19 :50

7

Gall LS. Normal fecal flora of man. Am J Clin Nutr 1970; .65–1457 :23Honig PJ, Gribetz B, Leyden JL et al. Amoxicillin and diaper dermatitis. J Am Acad Dermatol 1988; 19: 9–275

8

John Radcliffe Hospital Cryptorchidism Study Group. Effect of corticosteroid creams on descent of testes in infants. Br Med J 1990; 301: 15–214

9

Jordan WE, Blaney TL. In: Maibach H, Boisits EK, eds. Neonatal Skin. New York: Marcel Dekker, 221–205 :1982

10

(105/2)

Pratt AG, Reed WT. Influence of type of feeding on pH of stool, pH of skin and the incidence of perianal dermatitis in the newborn infant. J Pediatr 43–539 :46 ;1955

11

Zimmerer RE, Lawson KD, Calvert CJ. The effects of wearing diapers on skin. Pediatr Dermatol 1986; 3: 101–95

12

Bonifazi E, Garofalo L, Lospalluti M et al. Granuloma gluteale infantum with atrophic scars: clinical and histological observations in eleven cases. Clin Exp Dermatol 1981; 9–23 :6

13

الفصل العشرون التهاب جلد منطقة الحفائظ

Diaper Dermatitis

)Napkin dematitis(

هو تأكزم في النواحي المغطاة بالحفائظ نتيجة لعوامل كثيرة أهمها:

التغطية المستمرة، الرطوبة والتعطين في منطقة الحفائظ قد تسبب حالة غير فيزيولوجية حيث إن الجلد لا يمكن تحمل ذلك.

تخمر المفرزات وانطلاق الامونيا قد يكون لتلك العوامل أثر هام.

كما إن الأطفال ذو التغذية الجيده والوزن الزائد من العوامل المهيئة وهم أكثر تعرضاً للإصابة بالتهاب الجلد بمنطقة الحفائظ.

المسببات:

رغم أن تلك العوامل الفيزيولوجية والمحرضة تلعب دوراً مهماً في المسببات، إلا إن المؤثرات التي يمكن أن تهئ الى حدوث الآفة الجلدية في الرضيع ليس بالضرورة أن تكون هي نفسها عند الآخر.

العوامل المؤهبة:

1 ــ تعطين الناحية المغبنية: هذا يؤدي الى تغيير الحالة الفيزيولوجية المثالية لهذه المنطقة.

2 ــ تغطية الناحية المغبنية: التغطيه المستمرة للجلد يمكن بحد ذاتها أن تسبب حمامي ناجمة عن فرط التعرق وتراكم الفضلات على الناحية المغبنية.

3 ــ الماء: هو عامل مخرش مهم خاصة عندما يكون محتواه من الأملاح أو الكلورين أعلى من المعدل كما إن استخدام الماء الملوث له دور هام كذلك.

(106/2)

الترطيب والاحتكاك قد يكونا مسؤولين عن بعض حالات التهاب الجلد الحفاظي, حيث إن هذه العوامل تجعل الجلد أكثر قابلية للمخرشات كما أن التماس المستمر مع الماء لوحده قد يفاقم التهاب الجلد، حيث يزيد ذلك النفوذية عبر البشرة والاحتكاك وبالتالي قد يهيء لحدوث الالتهابات الجلدية بالمنطقة.

4 ــ البول:

"الزائدة أو محتوي الأمونيا العالي.pHدور البول في التأهب للآفات الجلدية قد يكون ناجماً عن"

" عندما تمزج مع pH) تنتج عن بعض الجراثيم البرازية ولها تأثير على زيادة الــ "Ureaseالبولات(البول.

هذا ما يفسر بأن الأطفال الذين يتغذون على ثدي الأم أقل قابلية لالتهاب الجلد الحفاظي بالمقارنة بأولئك

الذين يتغذون على حليب البقر، حيث أن براز المجموعة الأولى يبدي أقل استعماراً بالجراثيم المولدة للبولات بالإضافة إلى أن البول خاصة إذا بقي ملامساً للجلد لفترة طويلة فى الحفائظ ولم يتم تغيرها في الوقت المناسب يزيد من النفوذية عبر البشرة أكثر من الماء لوحده.

5 ـــ البراز:

يوجد في براز البشر عامل مخرش على الجلد. يحتوي براز الرضع على كميات زائدة من" البروتينات البنكرياسية والليبيز " أيضاً وأنزيمات متشابهه تبدو أنها تنتج في الأمعاء بأنواع مختلفة من الجراثيم مسببه تخريشاً وتؤدي إلى ارتفاع الـــ pH. وهذه تكون الأعلى في الرضع الذين يتغذون على حليب البقر.

6 ـــ الاحتكاك:

يبدو من المحتمل أن الاحتكاك بين الجلد والحفائظ يلعب على الأقل جزءً من الآلية المحرضة لحدوث الالتهاب.

7 ـــ العضويات الدقيقة:

استخدام المضادات الحيوية فموياً لفترة طويلة وعلى فترات متكررة يزيد وجود المبيضات البيض في الجلد والمستقيم وهذا قد يفاقم التهاب الجلد الحفاظي التخريشي الأولي.

8 ـــ المخرشات الكيماوية:

الصوابين، المنظفات والمطهرات المستخدمة في تنظيف الحفاظات القابلة للغسيل غالباً ذات خطورة في بدء وتفاقم التهاب الجلد الحفاظي التخريشي الأولي.

(107/2)

الرضع البدينين أكثر قابلية لالتهاب الجلد الحفاظي.

لقد وجدنا أن التهاب الجلد الحفاظي أكثر شيوعاً عند الرضع الإناث، هذا قد يتعلق باختلاف طريقة التبول، والمفرزات الشرجية التناسلية والبول المركز والقابلية الأكثر للإصابة بالاناث أو بسبب عوامل أخرى

المظاهر السريرية:

تظهر الالتهابات عادة على الأغلب أثناء الشهر الثاني أو الثالث.

الآفات الجلدية:

حمامي على شكل إحمرار بالجلد على المناطق التي على تماس مع الحفائظ مثل الأرداف والمنطقة

التناسلية والقسم السفلي من البطن، منطقة العانة وأعلي الفخدين. في بعض الرضع يكون الاندفاع أقل أو أكثر تحدداً على حواف منطقة الحفائظ.

التهاب الجلد الحفاظي قد يتظاهر بمظاهر سريرية مختلفة:

الآفات الحادة: الحمامي قد تكون ذات مظهر لامع، حيث أخيراً قد تتوسع المنطقة المصابة من الجلد.

الحالات المزمنة: تبدي تقشراً.

الشكل الحمامي:

حمامي متهوجة حمراء غامقة في كل الناحية العجانية وتشمل كذلك عمق الطيات العاطفة. الآفات الجلدية تتظاهر بحمامي ذات حواف مرتفعة قليلاً، وداخل المنطقة يوجد بثرات صغيرة وقد تصيب محيط الحمامي لذلك تسمي (الآفات التابعة).

هذا الشكل السريري يترافق مع تكاثر أكثر للمبيضات البيض ويترافق بشكل مختلف مع نسبة حمولة البراز من هذه المبيضات.

الشكل رقم 175: التهاب جلد حفاظي

الشكل رقم 176: التهاب جلد حفاظي

الشكل الصدافي الشكل: النواحيى الحمامية ذات حواف واضحة بشكل متشابه لكن يوجد مساحات صدافية الشكل مع تندب يسمى بشكل شائع "الصداف الحفاظي" الذي ربما يكون مفاجئاً تماماً وذو امتداده سريع.

الشكل العقبولي الشكل: يظهر على شكل حويصلات وبثرات يتلوه سحجات وتسلخات سطحية ويشبه تماماً العقبول البسيط سريرياً، لكنه يختلف فى المظاهر العامة عن الطفح العقبولي خاصه الحويصلات المتجمعة والألم في حالة العقبول.

(108/2)

الشكل الحبيبي: هو شكل نادر يتظاهر بعقيدات أرجوانية أو بنية محمرة هرمية الشكل أو مثل القبه. هذه الآفات تعرف باسم الورم الحبيبي الإليوي الطفلي.

الشكل المنتشر: الآفة تنتشر محيطياً لشمل أسفل البطن والظهر وقد تصل إلى الطيات الإبطية البعض يعتقد أن هذا الشكل هو مظهر من التهاب الجلد الزهمي الطفلي.

الشكل ناقص الصباغ: نقص تصبغ مابعد الالتهاب قد يكون مظهراً مميزاً في الرضع الملونين عرقياً.

"وجد المؤلف أن نقص التصبغ أكثر عند الرضع المعالجين بالستيروئيدات الموضعية".

الشكل التقرحي (الإنقلاعي): يلاحظ فيه حويصلات وتقرحات صغيرة ضمن التقرحات السطحية المدورة الأكثر تمييزاً مع حواف مرتفعة كوكبية الشكل.

إصابة المناطق التناسلية قد يؤدي إلى عسر تبول إذا كانت حشفة القضيب مصابة بشدة. الأطفال الذكور قد يعانون من عسر بولي حاد.

التشخيص التفريقي:

داء المبيضات:

له مظاهر سريرية مميزة عند الرضع. آفات الجلد في المبيضات يظهر على شكل حمامات لامعه متموجة ذات حواف واضحة مع تقشر محيطي قد يترافق مع التبثر (الشكل المبثور) .البثور الملحقة بجوانب داء المبيضات الفموي شائعة.

في داء المبيضات عند الوليد، انتان المبيضات سطحي ينتقل إلى الطفل أثناء الولادة. الطفح عادة يظهر بشكل طبيعي في الأسبوع الثاني بعد الولادة.

الأفرنجي الخلقي:

يجب أخذ هذا النوع بعين الاعتبار عند الرضع المصابين بالتهاب جلد في ناحية الحفائظ لذا يجب عمل التحاليل اللازمة.

المظاهر السريرية:

آفات الأفرنجي الخلقي تظهر بشكل لطاخات بنية محمرة، تكون مرتفعة قليلاً أحياناً، تظهر بشكل رئيسي على الأطراف وتشمل الراحتين والأخمصين، وعلى الوجه خاصة حول الفم، ناحية منطقة الحفائظ أيضاً تصاب.

الآفات الفقاعية أو التقرحية قد توجد في ناحية الحفاظ وأهم مميزات ذلك:

ورم قنبيطي رخو.

التهاب أنف.

ضخامة كبدية طحالية.

نقص وزن : مظهر يرافق المرض عادة .

التشخيص:

) إيجابية. اختبار امتصاص أضداد اللوبيات (TPI) اختبار حركة اللوبيات الشاحبة (VDRLاختبار مصلية (
) هو اختبار مؤكد في حالات الإيجابية الكاذبة والسلبية الكاذبة للمرض الافرنجي. FTA - ABSالشاحبة (
هذا الاختبار يعطي نتائج إيجابية في كل حالات الزهري.

عوز الزنك:

يجب أخذ ذلك بعين الاعتبار عند أي طفل مصاب بالتهاب جلد حفاظي خاصة عندما لاتجدي العلاجات التقليدية خاصة إذا كان الطفل قد ولد مبكرا قبل الموعد لذا يجب تحديد مستوى نسبة زنك المصل.

التشخيص:

المظاهر السريرية لالتهاب الجلد بعوز الزنك:

يتظاهر الرضيع باندفاعات حفاظية الناجمة عن عوز الزنك بـــ:

التهاب جلد الوجه الذي ينتشر من ناحية الطفح حول الفم.

التهاب ماحول الظفر التقرحي.

تقرحات وتآكلات في الشقوق الراحية.

)Histocytosisداء النوسجات(

التهاب الجلد الحفاظي هو واحد من آفات الجلد الأشيع لداء النسوجات بخلايا لانغرهانس عند الرضع.

انتانات الجلد الفطرية: السعفة الإربية يمكن تفريقها بالحواف المرتفعة الفعالة، والشفاء المركزي للآفات وبتحديد العضويات المسببة.

انتان فيروس العقبول البسيط: الاندفاع حاد وذو آفات مؤلمة متجمعة حويصلية على قاعدة حمامية ويترافق مع مظاهر بنوية مثل الحرارة.

معالجة التهاب الجلد الحفاظي:

المعالجة الناجمة في التهاب الجلد الحفاظي تعتمد بشكل رئيسي على تحديد العوامل المؤهبة. تطبيق المستحضرات الموضعية فقط بدون تحسين العوامل المؤهبة غالباً تكون نتيجته الفشل العلاجي.

1ـــ الوسائل العامة:

أ ـــ الحفاظات القابلة للغسيل: عندما تكون الحفائظ المستعملة لمرة واحدة غير متوفرة، فإن الحفاظات القابلة للغسيل يمكن أن تستعمل وهي المفضلة.

يجب الاهتمام بالحفاظات القابلة للغسيل لكي تعطي نتائج أفضل وتشمل:

نوع القماش يجب أن تصنع من القطن الطري الذي يمتص المفرزات بسهولة ويجب أن يكون خالياً من النايلون.

امتصاصية الحفاظات وهي عامل مهم آخر.

(110/2)

الحفاظات القماشية القابلة للغسيل ذات فائدة للسماح باستعمال طبقتين أو الأكثر لتلبس مباشرة لكي تزيد من القدرة على امتصاص الإفرازات والبول بشكل فعال. وعندما يصبح الرضيع أكبر، وتكرار التبول ينخفض فإن حجم البول في كل مرة يزداد.

"الحفاظات الجديدة يجب غسلها قبل الاستعمال للمرة الأولى لإزالة أي مادة كيميائية".

غسيل الحفاظات: يتم ذلك بصابون خفيف وعصر جيد لكي تزيل كل البقايا من المنظفات ويفضل أن تغمر الحفاظات بعد الغسيل في ماء مضاف إليه بضع نقط من عصير الليمون أو الخل الأبيض وتترك لمدة ساعة أو أكثر ثم تغسل وتعصر وتجفف.

يجب أن تكون الحفاظات كما ذكر سابقاً من القطن الطري إذ أن القماش الخشن والقاسي قد يسبب تخريش في الناحية.

الحفائظ يجب أن لاتكون مشدود بشدة، أو رخو بشدة على سطح الجلد ولاينصح بتركها لفترة طويلة ويجب تغييرها مباشرة إذا تبللت.

ب ـــ الحفاظات المستخدمة لمرة واحدة: متوفرة في الأسواق بأشكال مختلفة وفعالية مختلفة ويجب على الأم أن تستعمل الأنواع الجيدة التي يمكن أن تمتص الإفرازات بسهولة.

وأن تنتبه للسطح الداخلي للحفائظ لتكون خالية من البلاستك أو النايلون التي تكون على تماس مع جلد الرضيع.

يجب استخدام القياس المناسب حسب عمر الطفل لكي لاتضغط على جلد البطن والفخدين.

الاهتمام بالحفاظات:

استخدام المحاليل المطهرة لتخزين الحفاظات قبل غسلها غير ضروري إلا إذا استعملت الأنواع من المطهرات حسب رأي الطبيب إذ أن حالات من التسمم قد حدثت للأطفال من بعض المطهرات التي تمتص عن طريق الجلد.

مركبات الأمونيوم الرباعية تعتبر الآن مفضله كمطهرات ومنها البنزال كونيوم كلورايد الذي ربما يكون أكثر استعمالاً.

المطهرات يجب أن لا تستخدم أثناء عملية العصر.

(111/2)

الحبر الذي يستعمل للكتابة على الحفاظات القابلة للغسيل التي تستعملها المغاسل العامة لمعرفة صاحب الغسيل قد تسبب التسمم بالاينيلين وقد يحدث الميتهيموجلو بلينيميا عندما لاتغسل بشكل جيد قبل الاستعمال.

تخزين الحفاظات في كرات العث الحاوية على النفتالين قد تسبب فقر دم اغلالي وسجلت حالات وفاه عند الرضع.

يجب أن تبذل الأم دوماً جهداً بالعناية والانتباه لرضيعها. الأطفال الذين يعيشون تحت رعاية الخادمات اللواتي يهملن عادة تغيير الحفاظات هم أكثر قابلية للإصابة بالتهاب الجلد الحفاظي.

تغيير الحفاظات:

تكرار تغير الحفاظات مهم جداً .

2- الوسائل الوقائية:

المعالجة الفعالة توجه بشكل رئيسي إلى منع التخريش.

وتوجه مباشرة لتجنب العوامل المؤهبة.

تجنب استخدام ورق المناديل لتنظيف الجلد خاصة المبلله بالكحول أو المطهرات أو العطور.

التنظيف اللطيف للمنطقة مهم جداً.

يجب على الأمهات استخدام الصابون غير المخرش وغير المعطر.

الغسيل الجائر سوف يؤدي لأذى أكثر، فرك الناحية بالأسفنج أو اسفنج خشن يجب تجنبه، الغسيل بالصابون الخفيف وليفه قطنية ممزوجة بالصابون وليس بالشامبو هو كل مايلزم.

بعد كل تبديل للحفاظ، يجب وضع المطريات مثل البارافين الأبيض الرخو أو مزيج متساوي الكمية من البارافين الأبيض الناعم والبارفين السائل، أو كريم الزنك أو زيت الخروع إذا كان الحفاظ لم يترطب أو يتلوث.

إذا كان الحفاظ رطباً أو ملوثاً يجب غسل الناحية بالماء وتطبيق المطريات المنحلة بالماء مثل المراهم

ويجفف قبل وضع هذه المطريات.Aqueous creamالمطرية، كريم مائي مائي

أثناء تكرار الالتهابات بمنطقة الحفاظ ونتيجة للجفاف يفضل أن يضاف للماء عند استحمام الطفل زيت

" والمطريات والكريمات المائية (أكويس) Balneum أو Oilatum أو زيت Alpha –Keriحمام مثل"

يمكن استخدامها حينما يكون الاندفاع تحت المعالجة وإجراء الحمام كل يوم.

(112/2)

يجب عدم التشجيع على استخدام المستحضرات المباعة بدون وصفة طبية واختيار الأنواع الغير حاوية على مخرشات قوية.

تنظيف الرضيع:

المنظف المثالي للمولود الجديد والرضع يجب أن يتميز بالصفات التالية:

يجب أن يكون خالياً من المركبات التي قد تُؤذي الجلد.

يجب أن يكون ثابت فيزيوكيميائياً

يجب أن يكون غير حاوي على عطورات

يجب أن يكون غير حاوي على الكحول

يجب أن لا يحتوي مواد ذات فعالية متصالبة مع المؤرجات الأخرى

يجب أن لا يحتوي على مواد يمكن أن تستقلب بالفلورا الدقيقة الجلدية

من المهم أن تبقي منطقة الحفاظ مكشوفة وحرة يومياً أحياناً بدون حفائظ للتهوية

السراويل البلاستيكية والمطاطية التي تلبس فوق الحفاظ يجب أن تستخدم بحذر حيث أنها قد تسبب تغطية أكثر وتهيء لنمو الجراثيم والفطريات.

المساحيق مثل بودرة تالك يجب تجنبها إذا كانت منطقة الحفاظ متقرحة ومتعطنة وقد تسبب تخريش.

3- المعالجة الفعالة:

تعتمد المعالجة على شكل الآفة التي توجد في منطقة الحفاظ:

الآفة النازة: برمنغنات البوتاسيوم 9000/1 كمادات تستخدم وتتطبق على الآفة لتجفيفها.

يُغطس الشاش التنظيف في برمنغنات البوتاسيوم وتستخدم بشكل كمادات تطبق بلطف على السطح الناز لمدة دقيقة، ويمكن تكرار ذلك.

على الطبيب أن يكون واعياً جداً في اختيار المستحضرات الموضعية بسبب إمكانية التحسس الموضعي ببعض الكريمات أو المحاليل الحاوية على محسسات مثل النيوميسين، المخدرات الموضعية، المضادات الحيوية، والمضادات الهيستامينية وغيرها.

الستيروئيدات القشرية الموضعية:

على الرغم من أن بعض الأطباء يستخدمون الستيرويدات القشرية في كل الحالات حتى الحالات الأخف والواقع أن الستيروئيدات القشرية موضعياً وداخلاً لاتستطب بشكل روتيني في التهاب الجلد الحفاظي.

الناحية المتسمطة لديها الإمكانية للامتصاص السريع للسموم وغيرها مثل السيترويدات.

أعالج التهاب الجلد الحفاظي كما يلي :

(113/2)

---

1 – الناحية الحفاظية المتعطنة والرطبة:

أنصح الأم أن تستخدم:

برمنغنات البوتاسيوم كمادات 9000/1 مرتين يومياً لتنظيف الناحية من الفضلات والافرازات.

) يطبق بعد كمادات (Flococid" Pufexamacكريم مضاد غير ستيروئيدي حاوي على مطهرات مثل " البرمنجنات.

وضع الشاش فوق المرهم، سواء كان ذلك الشاش جافاً أو مغموساً بزيت الزيتون أو بالمضادات الحيوية غير محسسة مثل السوفراتول أو الفوسيدين، يطبق فوق الكريم.

الغرض من وضع الشاش فوق الكريم هو لمنع الملامسه المباشرة بين جلد الطفل مع الحفا ظ البلاستيكي لتقليل التخريش والتغطية وكتم المنطقة.

) الخالي من السترويدات 2Flogocid– الشكل الجاف: التنظيف اللطيف للمنطقة ثم تطبيق مرهم مثل الـــ (القشرية وشاش تحت الحفاظ.

في الحالات الجافة بشدة: يجب استعمال المطريات فيمكن استخدامها ومرهم الستيروئيد الخفيف جداً مثل) يستخدم لعدة أيام فقط ويجب أن تعلم الأم أن توقف المرهم ولاتستخدمه (Eumovote أو (Elocom) أكثر من أسبوع واحد

3– الآفات المختلطة:

) وهو مضاد التهاب Flogocidداء المبيضات يمكن أن يعالج بمستحضر موضعي خفيف مثل مرهم (غير ستيروئيدي ومضاد فطري ومضاد جراثيم، وهو مستحضر آمن قد ويؤدي إلى شفاء سريع للآفات الجلدية.

لقد لاحظنا أن معظم الوالدان والأطفال الصغار لايتحملون الآزولات الموضعية حيث أن المنطقة الحفاظ المتسحجة عادة تصبح أكثر تخريشاً.

ملاحظة: مستحضرات مضادات الفطور خاصة المشاركة مع الستيروئيدات يجب تجنبها وإذا كان هناك استطباب قوي لاستخدامها، يجب استخدامها بحذر لفترة قصيرة. مستحضرات مضادات الفطور الأخرى قد تسبب ارتكاس موضعي شديد مع حمامي شديد وتخريش في النواحي المغبنية خاصة المحاليل المضادة) هذا التفاعل قد يكون ناجماً عن السواغ الذي يسبب تخريش أكثر للجلد Canstene للفطور مثل (الحساس المتعطن في الناحية المغبنية والتناسلية بشكل خاص.

(114/2)

يجب دائماً ملاحظة أن الجلد المتآكل يهيء إلى الامتصاص الجلدي للستيروئيدات القشرية من المستحضرات الموضعيية المطبقة في ناحية الحفا ظ أو حالات التغطية لهذا الموقع.

امتصاص الستيروئيدات القشرية قد يسبب تأثيرات جانبية مثل عدم نزول الخصيتين خاصة عند الخدج أو الأطفال اللذين يولدون قبل الموعد.

ملاحظة:

1 ــ امتصاص الستيرويدات القشرية من سطح الجلد أكثر ما يكون من على مناطق ثنايا الجلد خاصة منطقة الحفائظ ــ الفخذين ــ الإبط والوجه. إذ أن الامتصاص لهذه المركبات من منطقة الحفائظ أكثر بحوالي أربعين مرة من امتصاصه على جلد الأيدي. لذا فإن التأثيرات الجانبية والجهازية قد تكون أشد على تلك المناطق.

2 ــ الامتصاص يكون أسرع وأكثر على المناطق المتسلخة من الجلد.

3 ــ الامتصاص من سطح الجلد الأطفال يكون أكثر من البالغين.

المراجع

Herpetiform napkin dermatitis: napkin dermatitis simulating an acute herpes

simplex infection. Br J Dermatol 1986;7–746 :114

1

Keswick BH, Seymour JL, Milligan MC. Diaper area skin microflora of normal children and children with atopic dermatitis. J Clin Microbiol 21–216 :25 ;1987

2

Zimmerer RE, Lawson KD, Calvert CJ. The effects of wearing diapers on skin.Pediatr Dermatol 1986; 3: 101–95

3

Stein H. Incidence of diaper rash when using cloth and disposable diapers. J Pediatr 1982; 3–720 :101

4

Buckingham KW, Berg RW. Etiologic factors in diaper dermatitis :the role of feces. Pediatr Dermatol 1986; 3: 12–107

5

Jordan WE, Lawson KD, Berg RW et al. Diaper dermatitis: frequency and severity among a general infant population. Pediatr Dermatol 1986; 3: 207–198

6

Munz D, Powell KR, Pai CH. Treatment of candidal diaper dermatitis: a double blind controlled comparison of topical nystatin with topical plus oral nystatin .J Pediatr 1982; 101: 5–1022

7

Berg RW, Buckingham KW, Stewart RL .Etiologic factors in diaper dermatitis: The role of urine. Pediatr Dermatol6–102 :3 ;1986

8

Buckingham KW, Berg RW. Etiologic factors in diaper dermatitis: The role of feces. Pediatr Dermatol 1986; 3: 12–107

9

Campbell RL, Bartlett AV, Sarbargh FC et al. Effect of diaper types on diaper dermatitis associated with diarrhoea and antibiotic use in children and day-care centres .Pediatr Dermatol 1988; 5: 7–83

10

Jordan WE, Lawson KD, Stewart R et al .Diaper dermatitis: Frequency and severity among a general infant population .Pediatr Dermatol 1986; 3: 198, 207

11

الفصل الحادي والعشرون حساسية مواد التجميل

Cosmetic Dermatitis

حساسية مواد التجميل أكثر انتشاراً بين البالغين ولكن رغم ذلك فإن الأطفال الصغار خاصة الفتيات يحاولن تقليد الأمهات باستخدام مواد التجميل. وفي كثير من الأحيان تجد الأم طفلتها الصغيرة قد أغلقت باب غرفة النوم ووضعت على وجهها أشكالاً مختلفة من الميكياجات والمزوقات لتشعر بأنها أصبحت كبيرة وناضجة.

في هذا الفصل نورد لمحه مختصرة عن هذا النوع من الحساسية التي قد تفيد في إعطاء فكرة عن التهاب الجلد الناجم عن حساسية مواد التجميل والمسببات.

هناك عدد مختلف ومتنوع من هذه المواد التي تسبب التهاب الجلد من النوع (التحسسي) البدائي أو المتأخر. أهم هذه المركبات هي:

العطور:

العطور هي المحسسات الأكثر شيوعا، يتلوها العوامل المضادة للجراثيم.

العطور "والفورمالداهايد" قد توجد في أي مادة تجميلية. البلسم، العوامل "المنكهة" والبهارات أيضاً محسسات شائعة. كل عطر أو كولونيا معتدل يحوي كميات مختلفة من المركبات تمثل مجموعات ارتكاسية. العطور التجارية هي مزيج من زيوت طيارة ومركبات مصنعه. مزيج المواد الطيارة تحدد نوع رائحة المركب. ولكي تؤخر التبخر، يضاف إليها المثبتات. المثبتات الشائعة هي البلسم، البنزيل بنزوات،

بنزيل سالسيليك أسيد. الحساسية للبلسم شائعة.

احد المؤرجات في بلسم بيرو هو"مثيل سيناميت" الذي يرتكس متصالباً مع "الميثوكسي سنيامات" الماص للأشعة فوق البنفسجية.

البلسم:" بلسم بيرو"، بنزوين الصمغ، "بلسم سبروس"، "بلسم تولو" بلسم (الأوجينول) الحاوي على "حمض السيناميك وحمض البنزويك".

" في بعض المزوقات والعطور والكريمات الدوائية Fragranceبلسم بيرو يستخدم بشكل (النكهة) " والمراهم، بعض عوامل النكهة في أدوية السعال، وأقراص المص وفي العلكة والحلويات ويستخدم أيضاً لإحداث نكهة في الكولا والمثلجات والمنتجات المعلبة.

مزيج النكهة يوجد في بعض المكياجات مثل العطور والصوابين ومواد التجميل التي تستخدم ما بعد الحلاقة وكذلك في مواد التجميل والشامبونات وبعض البخاخات لإعطاء رائحة في المنزل. وكذلك في المنظفات، الملمعات، مزيلات العرق وفي سوائل التنظيف.

تحليل حساسية العطر عملية صعبة ومعقدة بسبب مكوناته المتعددة، وعلى كل حال فإن الدراسات الجهازية للمحسسات في العطور الحديثة يمكن إجرائها باختبارات خاصة.

المركبات القليلة الحساسية الخالية من المركبات الؤرجه قد تكون متوفرة للإستخدام من قبل الأشخاص المصابين بحساسية للمواد التي تعطي الرائحة.

بعض أنواع الطعام الحاوية على القرفه والفانيليا ــ القرنفل والهيل والفواكه الحامضية يجب تجنبها في الأطفال المتحسسين بشدة، حيث أنها قد تملك تفاعلاً متصالباً مع المادة العطرية.

(Antioxidantمضادات الأكسدة)

(117/2)

تشمل هذه الأصباغ العضوية ــ للانولين ــ ماصات أشعة الشمس.

بعض مواد التجميل التي قد تسبب الحساسيه

الكريمات المستخدمة في مرطبات الجلد، المواد الحاوية على الزئبق النشادري قد تسبب حساسية جلدية.

"Bronopol , Dowicil 200 ، واللانولين والبارابين، الميرانولات" Azoكريمات الوجه مثل أصبغة الـــ"

"وأملاح فنيل الزئبق قد تحدث التهاب جلد تماسي أرجي Euxyl K4oo و Germall II , Germal ,

ويكون حاداً مع تحوصل وفقاعات في موقع التماس خاصة عند الأطفال الصغار.

ماصات أشعة الشمس، الصابون، المنظفات وأوراق التواليت وعدد من المنتجات الصناعية مثل شمع الأرض ــ والكريمات قد تسبب كذلك الحساسية الجلدية.

AZOالكريمات الصيدلانية أيضاً قد تحوي عطور ترينتين كولوفوني (راتنج) مساحيق الوجه صبغ والبارابينات

"Dowicil 200Germal"

الشكل رقم 177: حساسية مواد التجميل (بالجفن)

الشكل رقم 178: حساسية مواد التجميل

الشكل رقم 179: حساسية مواد التجميل

(الشكل العدي ونقص تصبغ)

الشكل رقم 180: التهاب جلد تماسي فقاعي

الشكل رقم 181: اكزيما تماسي الشفوي

الشكل رقم 182: التهاب جلد بمواد التجميل

)Berloqueالشكل رقم 183: حساسية العطور (

محاليل اليد:

عدة كريمات تحتوي على" اللانولين". "دي إثيا نولاميد"، جوز الهند، مركبات الأمونيوم الرباعية، البرونوبول، الصوابين السائلة، لورايل ايثر سلفيت، ودي ايثانول امايد وقد تسبب تلك المواد حساسية تلامسية.

الصابون والشامبو:

الصوابين والشامبونات الحاوية على العطور وبنزيل سالسيلات قد تسبب أيضاً ارتكاس اكزيمائي خاصة عند المرضي ذوي الجلد الحساس.

مضادات التعرق:

"الموجودة في مزيلات رائحة العرق قد تثير Zirconinum أملاح الزنك والألمنيوم ومستحضرات الــ " ورماً حبيبياً أرجياً.

(118/2)

مزيلات العرق الحاوية كذلك على مضادات حيوية مثل "النيوميسين "أو الألمنيوم، فنينولات مثل"

" و "هيدروكسي كينولون" قد تسبب أيضاً ارتكاساً اكزيمائي موضعياً.Irgasanالهيكساكلورفين" و "

الشكل رقم 184: حساسية العطور

مستحضرات الشعر:

عدد من مستحضرات الشعر قد تلعب دوراً هاماً كمحسس للجلد ومنها:

"بارا امابنوداي فينالامين، الريسورسنول PPDصبغة الشعر: الفنيلين ديامين ــ التولوين ديامين. نترو "

والبايروغالول.

Germall Ambretteكريمات الشعر: الشيلاك ــ البنزوئين. كريمات وجل الشعر: لانولين ــ بارابين "

Musk".

محاليل الشعر: الكينين ــ ريسورسينول ــ هيكساميد ين ايزي ثيونات.

"، هيدروكس كينولينات، بيرثيوم الزنك، المسكرة (أقلام الحاجبين) AZOمنظفات الشعر: صبغان "

وأصبغتها والكحول هي مواد شائعة قد تسبب الحساسية الجلدية.

شامبونات الشعر: المعطرة، القطرانية، حمض الصفصاف، ريزورسينول، كنين سلفات، بيريثوم الزنك"

– فنيل ديامين".P" لانولين ــ بارابين ". Cinchona

أصبغة الشعر الحاوية على تولوين ديامين . ريورسينول التهاب جلد بمواد التجميل البيريقالول الــ

"قد تعمل كمحسسات جلدية (هلام مصفف الشعر).Musk"

الشكل رقم 185: حساسية مركبات فرد الشعر

" أو الصمغ العربي قد تسبب الحساسية بفروة Shellac): الحاوية على لانولين" Sprayرذاذ الشعر (

الرأس.

مستحضرات الأظافر:

المنتجات الحاوية على فورمالدهايد والسلفوناميد تعتبر سبب شائع لالتهاب جلد العنق والأجفان عندما تكون على تماس مع الجلد.

مستحضرات العين: قد تحتوي على العطور ــ المسكرة ــ مخططات الأجفان ومظلل الأجفان والعين.

الزيوت: مثل زيوت اللوز ــ قد تسبب اكزيما تماس أو حساسية ضيائية.

" والكنيازولين قد تسبب تفاعلا, تماسياً أرجياً. AZOمستحضرات الشفاه: أصبغة حمرة الشفاه "

المستحضرات الملونة أو المنكهة قد تسبب التهاب جلد تماس مثل اللانولين كحول أوليل ــ زيت الخروع
".PABA ــ جيلان بروبيل. مونو تراي بوتيل كينون اميل دي ميثيل "
اللوز، العطور ــ المواد الملونة أو المواد الإضافية، أو ثنائي ــ أو ثلاثي بروموفلوروسين قد تسبب
التهاب جلد الشفة التماسي وقد يؤدي لشقوق مؤلمة في الشفاه.

العوامل المنكهة:

حساسية التماس للتوابل تحدث بشكل رئيسي من التعرض المهني لكن الحساسية من الماسترد ــ القرفة،
الفانيليا، وكل البهارات، زيت العرعر والقرنفل محسسات ليست غير شائعة حتى بين المستهلكين. في
صناعة الطعام الحديثة يوجد عدد كبير من المنكهات التركيبية.

اللاصقات Adhesive Tape:

تحتوي على صمغ الصنوبر الكلولوفوني ــ الدامار ــ المواد المطاطية ــ اللا نولين ــ الأكريلات ــ داي
فينيل ثيوريا والبعض الآخر من المواد قد تحوى على راتنج الــ Epoxy.

الأدوية الموضعية:

معظم المواد الموضعية قد تسبب الحساسية. ومن هذه ما يلي:

مركبات البنزيول بيروكسايد والبرابن.

المطاط والكيماويات المطاطية في أغطية قطرات العين قد تسبب الحساسية كذلك.

شمع النحل (Propolis) تعتبر بشكل كبير ومتزايد بأنها مادة تسبب التحسس في المراهم الطبيعية.

اللايل ثيوريا وعلب والرويال جلي قد تحسس الجلد أيضاً.

مواد تجميل محسسة أخرى

المهدئات العصبية: فينوثيازين محسس الجلد عندما يستعمل كشراب أو أقراص مسحوقة تصبح على تماس
مع اليدين.

الهيدروكسي كينولون: (Hydroxyquinolines)

تستعمل بشكل رئيسي في الأدوية الموضعية وتتواجد كذلك في مواد التجميل والأدوية المضادة للقشرة
والمنظفات قليلة الماء، وغسولات الفم، وغيرها. ويوجد طيف متصالب واسع منها يسبب الحساسية.

الفورمالدهيد: (Formaldehyde)

وقد يستخدم كمادة حافظة في Textilesالفورمالدهيد الحر يوجد في راتنجات الفورمالدهيد مثل القماش مواد التجميل مثل الشامبونات والمنظفات وملمعات الأرض، زيوت القطع، والغراء وكمطهر أثناء تكرير السكر.

ويستعمل كمزيل لرائحة العرق ولتثبيت الأنسجة ومادة حافظة للعينات التشريحية والتشريحية المرضية.

البارافومالداهيد يستخدم في مساحيق القدم لامتصاص العرق. لقد ثبت إن هناك علاقه فيما يتعلق بالتسمم من الفورمالدهيد حالياً لأسباب تشمل تحرره من المواد التي تستعمل كمادة عازلة للحرارة للمباني.

غسولات الفم والأسنان:

الفلورين ــ المطهرات ــ الزيوت والمنكهات قد تسبب ارتكاس اكزيمائي، معجون الأسنان الحاوي على "الفلورين" وعوامل منكهة مثل" النعنع "وغيرها من المسببات الشائعة لحساسية الغشاء المخاطي للفم والجلد حوله.

تشخيص حساسية مواد التجميل:

اختبارات الجلد: اختبار البقعة بالمحسس المتوقع.

طرق المعالجة:

العامل الرئيسي للمعالجة هي تجنب التماس مع مادة التجميل المتوقعة.

المركبات الموضعية والجهازية يمكن أن تعالج الآفات الموجودة لكنها لا تمنع الحساسية من أن تتكرر مرة أخرى بعد التعرض المتكرر للمادة المحسسة بعد شفاء الآفة السابقة.

ولذلك السبب فإنه من الأهمية القصوى أن تراقب الأم طفلها لكي تمنع المحسس النوعي وتوقف تعرض طفلها لمثل تلك المخرشات بشكل كامل.

الآفات الحادة والنازة: التجفيف ببرمنغنات البوتاسيوم 9000/1 كمادات تطبق عدة مرات.

الستيرويدات القشرية الخفيفة كريم موضعي.

Decodermالحالات الملتهبة تحتاج مضادات حيوية كريم فقط ومشاركة مع ستيرويد موضعي مثل (cream "أومضاد حيوي فموي مثل اريثروميسين معلق أو (Z ithromax."

الآفات الجافة تستجيب للمطريات ومرهم الستيرويد موضعي.

مضادات الهيستامين فموياً قد تكون مفيدةً في منع الحكة.

المراجع

Adams RM, Maibach HI. A five-year study of cosmetic reactions. J Am Acad Dermatol 1985; 13: 9–1062

1

De Groot AC. Adverse Reactions to Cosmetics .Groningen, The Netherlands: State University of Groningen, 1988

2

Nater JP, de Groot AC. Unwanted Effects of Cosmetics and Drugs Used in Dermatology2 ,nd edn. Amsterdam: Elsevier,1983

3

Bardazzi F, Misciali C, Borrello P et al. Contact dermatitis due to antioxidants. Contact Derm 1988; 6–385 :19

4

Cronin E. Contact Dermatitis. Edinburgh: Churchill Livingstone5–264 :1980 ,

5

Nater JP, de Groot AC. Unwanted Effects of Cosmetics and Drugs Used in Dermatology, 2nd edn. Amsterdam: Elsevier,1983

6

De Groot AC. Labelling cosmetics with their ingredients. Br Med J 1990; :300 8–1636

7

De Groot AC, Beverdam E. Tjong Ayong C et al. The role of contact allergy in the spectrum of adverse effects caused by cosmetics and toiletries .Contact Derm 1988; 19: 201–195

8

Suyai T, Takahashi Y, Takagi T. Pigmented cosmetic dermatitis and coal tar dyes. Contact Derm 1977; 249 :3

9

Nakayama H, Harada R, Toda M. Pigmented cosmetic dermatitis. Int J Dermatol

1976; 15: 5−673

10

Koch SE, Mathias T, Maibach HI .Chloracetamide: an unusual cause of cosmetic dermatitis. Arch Dermatol 3−172 :121 ;1985

11

Taylor JS. Adhesives, gums and resins. In: Fisher AA .Contact Dermatitis, 3rd edn. Philadelphia: Lea and Febiger, 74−667 :1986

12

Calnan CD. Unusual hydroxycitronellal perfume dermatitis .Contact Derm 1979;5: 123

13

Dooms-Goossens A, Dubelloy R, Degreef H .Contact and systemic contact-type dermatitis to spices. Dermatol Clin 1990; 93−89 :8

14

Larsen WG. Perfume dermatitis. J Am Acad Dermatol 1985; 9−1 :12

15

Shelley WB, Hurley HJ. The allergic origin of zirconium deodorant granulomas. Br J Dermatol 1958; 70: 101−75

16

الفصل الثاني والعشرون حساسية الألبسة

Clothing dermatitis

الحرارة والرطوبة من العوامل الهامة المثيرة للحساسية ولهذا السبب من الضروري الحفاظ على درجة حرارة جسم الطفل بوضعها الطبيعي سواء في الصيف أو في الشتاء ولايعني ذلك كتم جلد الطفل خاصة في فصل الشتاء مما قد يودي ذلك إلى التهيئة لزيادة الحساسية نتيجة لزيادة التعرق وكذلك تؤهب

للالتهابات الجلدية سواء الفطرية أو الجرثومية.

الشكل رقم 186أ : حساسية الملابس

الشكل رقم 186ب: حساسية الملابس

الشكل رقم 186ج : حساسية الملابس

المادة المؤرجة أو المثيرة للحساسية في الألبسة إما أن تكون نفس نوع القماش أو المواد الكيماوية أو الأصباغ أو المعادن مثل السحابات أو تلك التي في الأحزمه وغيرها.

الأقمشة:

القطن: عادة لايثير الحساسية وهو أقل أنواع الأقمشه المهيئة للحساسية.

الصوف: عامل مهم في إثارة الحساسية، لذلك يلاحظ إن بعض أنواع الحساسية تزداد في فصل الشتاء نتيجة لاستعمال الملابس الصوفيه ونتيجة أيضاً لجفاف الجلد. ويجب ملاحظة إن بقايا مواد الغسيل التي تعلق في الملابس نتيجة عدم شطفها جيداً قد تكون عاملاً مهماً للحساسية ويجب الانتباه لهذه الملاحظه إذ نصادف بعض أنواع الحساسية الجلدية التي صرفت لها العديد من العلاجات دون فائدة وعندما تم التركيز على شطف الملابس اختفت هذه المشكله نهائياً بإذن الله.

الحرير: نادراً مايؤدي إلى الحساسية.

البوليستر والنايلون: مواد النايلون والاكريلك ومادة السباندكس المستعملة في صنع حفائظ الاطفال والأحزمة لها جميعاً أثر هام في حدوث الحساسية. والسبب الأول المؤثر قد يكون مادة القماش أو الاصباغ.

(123/2)

مادة السباندكس: هذه ماده غير مطاطيه قابله للشد من البوليوريثين تستعمل في صناعة الجوارب والأربطة والأحزمة والصدريات. المادة المؤرجة أو المثيرة للحساسية في تلك الأنواع هى ميركابتوبنزوثايزول.

فورمالديهايد: تستعمل هذه الماده على نطاق واسع في الصناعات خاصة فى الملايس ـــ مناديل الورق ـــ ورق التواليت ومادة لمنع الكرمشة في الملابس وكوة الرقبه. الكوة التي تستعمل للأطفال والتي توضع حول الرقبه وأعلى الصدر خاصة عند تغذية الطفل غالباً ماتكون مصنوعة من مواد مثيرة للحساسية لذلك من الضروري اختيار نوع قطني غير مؤثر.

الأحذية: المواد المستعملة في صناعة الأحذيه مثل الجلد ــ فورمالد يهايد ــ كرميت ــ تنين هي عوامل مثيرة للحساسية.

الفراء: مادة الجلد أو المواد المستعملة في دباغة وتجهيز الفراء مثل بارافنلين دايامين جميعها مواد قد تثير الحساسية.

بعض أنواع القماش قد تسبب الحساسية وعلى المريض أن لايستخدم هذا القماش سواء فى الملابس أو الجوارب أو غيرها لعدة أيام، إذا تحسنت الحالة فيحاول لبس ذلك القماش ثانية إذا عادت الحكة فهذا يعني ذلك إن تلك المواد هي السبب في الحساسية.

العوامل المهيئة لحساسية القماش:

1 ــ الجلد الطري والحساس كما هو الحال لدى الاطفال.

2 ــ السمنه.

3 ــ زيادة التعرق قد يؤدي ذلك إلى إذابة بعض الأصباغ أو المواد الكيماوية بالقماش.

4 ــ الرطوبة: زيادة الرطوبة تساعد على ترطيب البشرة مما يهيء إلى زيادة امتصاص المواد من على سطح الجلد.

5 ــ زيادة نسبة الدهون بالجلد.

6 ــ الملابس الضيقة والكاتمة لسطح الجلد.

7 ــ الكدمات عامل مهم كذلك.

8 ــ حالة الجلد العامة: الاحتكاك المتكرر ــ الإصابات الجلدية وتخريش الجلد.

9 ــ المرضى المصابون بالحساسية أكثر استعداداً لحساسية الملابس من غيرهم.

10 ــ مكونات الجلد بالمنطقة المصابة: مناطق الجلد الغنية بالغدد الدهنية أو الجلد الرقيق مثل الجفون أكثر عرضة للإصابة.

(124/2)

المظاهر السريرية لحساسية الألبسة:

حساسية الملابس هي من النوع الذي يحدث متاخراً نتيجة ملامسة المادة المحسسة بالقماش. وقد يكون التأثير من النوع المثير الأولي وذلك مباشرة بعد لبس النوع المؤثر.

تبدأ الأعراض بحكة وإحمرار بجلد المنطقه المعرضة. قد تكون الأعراض أشد بين ذوي البشرة الحساسة خاصة لدى الاطفال إذ تظهر بثور وفقاقيع .

حساسية الملابس قد تظهر في فصل معين من العام كما هو الحال في الحساسية من الملابس الصوفيه التي تكون أشد فى موسم البرد وقد تلاحظ الأم ذلك عندما يتعرض طفلها للملابس الصوفية أو الأغطية.

الحساسية من الجوارب تحدث بكثرة بين الاطفال حيث يكون التحسس ظاهراً على المنطقة المعرضة.

ونفس الشيء ينطبق على الأنواع الأخرى من الملبوسات مثل السراويل والأحزمة.

ملاحظات عامة:

يجب ملاحظة إن بقايا الصابون في الملابس التى لم تشطف جيداً قد يكون لها دور هام أو المواد الكيماوية الأخرى مثل فورمالدبهايد هي مواد من الممكن أن تسبب الحساسية التلامسية.

التعرق الزائد وعدم الاهتمام بنظافة الجسم والتدفئة الزائدة في المسكن خاصة في فصل الشتاء من العوامل الهامة كذلك للتهيئة للحساسية.

كتم الجلد بعدة طبقات من الملابس أو الأغطية لفترة طويلة خاصة عند الاطفال قد يؤدي التحسس الجلد.

الرطوبة الزائدة والاحتكاك هي عوامل هامة كذلك.

الاصباغ ـــ الكيماويات والمواد الملونة للملابس تلعب أحياناً دوراً هاماً على تحسس الجلد.

بعض أنواع الأقمشة مثل الكاكي والجينز قد تسبب حساسية وكذلك بقع دموية بالجلد (البيربيرا). سبب هذا النوع من الحساسية قد تكون الاصباغ (ازودايز أو فورملديهايد) أو من المواد الكيماوية المستعملة أثناء تجهيز الملابس. يظهر الطفح الجلدي عادة على مناطق السطح الداخلي للفخذين أو الأذرع وينتشر بعد ذلك إلى مناطق أخرى.

طرق تشخيص حساسية الأقمشة:

1ـــ المظاهر السريرية: ظهور الحساسية على المناطق المغطاه بالملابس وتتحسن الأعراض عند خلعها.

) : لاتعطي دائماً النتيجة الدقيقة ولكنها مفيدة في كثير من الأحيان 2Patch testـــ تجربة اللطاخه(لتحديد المادة المسببة للحساسية.

استثناء الملابس المشكوك بها فاذا تحسنت الحساسيه وعادت بعد لبسها فغالباً ماتكون تلك الملابس هى

السبب.

3- التحليل الكيماوي للقماش:

وهو مفيد في تحديد راتنجات الفورمالداهيد والمحسسات الأخرى.

معالجة حساسية القماش:

إلغاء القماش المتهم ويجب استبداله بنوع آخر.

المعالجة الفعالة:

مثلما يطبق في الأنواع الأخرى من أكزيما التماس.

غسل وعصير القماش بشكل جيد للتخلص من بقايا المنظفات والمواد الكيماوية الأخرى في القماش.

لقد راجعني أحد المرضى الذي يشكو من التهاب جلد في الثنيات خاصة المغبنية منذ فترة طويلة مع تحسن مؤقت بالعلاج، لكن المشكلة تعاوده مرة ثانية بعد توقف العلاج. وتمّ التخلص من هذه المشكلة ببساطة بشطف الملابس جيداً ولاسيما الداخلية للتخلص من بقايا مسحوق الصوابين المستخدمة في غسيل الألبسة. إن الطريقة المناسبة لذلك هي غسيل الثياب بالماء العادي لفترة طويلة ثم تُجفف. الطريقة الفعالة للتخلص من بقايا الصابون في الملابس بعد غسلها هي تغطيس الألبسة بعد رفعها من الغسالة الكهربائية في وعاء ماء مضاف إليه بضع نقط الليمون أو الخل الأبيض، ويترك لعدة ساعات ومن ثم تُغسل بالماء العادي وتُجفف.

المراجع

Cronin E. Studies in contact dermatitis. .18Dyes in clothing. Trans St John's Hosp Derm Soc 1960; 54: 64–156

1

Cronin E. Contact Dermatitis. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1980

2

Edman B .Sites of contact dermatitis in relationship to particular allergens. Contact Derm 1985; 13: 35–120

3

Hodgson CA, Hellier FF. Dermatitis caused by shirts in B.L.A. J Roy Army Med Corps 1946; 87: 17–110

4

Epstein E, Maibach HI. Ethylenediamine allergic contact dermatitis. Arch Dermatol 1968; 92: 7–476

5

Frosch PJ, Kligman AM. A method for appraising the stinging capacity of topically applied substances. J Soc Cosmet Chm 209–197 :28 ;1977

6

Christophersen J, Menné TM, Tanghof P et al. Clinical patch test data evaluated by multivariate analysis. Contact Derm 1989; 9–291 :21

7

Kirton V, Wilkinson DS. Sensitivity to cinnamic aldehyde in a toothpaste. Contact Derm 1975; 1: 80–77

8

Berger C, Muscleman M, Meekness Brand?o F et al. Thin layer chromatography search for Disperse Yellow 3and Disperse

9

Orange 3in 52stockings and pantyhose. Contact Derm 1984; 7–154 :10

10

Cronin E. Formal in textile dermatitis. Br J Dermatol 1963; 73–267 :75

11

Cronin E. Studies in contact dermatitis: XVIII. Dyes in clothing. Trans St John's Hosp Derm Soc 1968; 54: 64–156

12

Fregert S ,Greenberger B, Grandson K et al. Allergic contact dermatitis from chromate in military textiles. Contact Derm 1978; 4: 4–223

13

Hjorth N, M"ller H .Phototoxic textile dermatitis (`Bikini dermatitis'). Arch Dermatol 1976; 7–1445 :112

14

Jordan WP. Clothing and shoe dermatitis. Postgrad Med 1972; 8–143 :52

15

Lundkofoed M. Contact dermatitis from formaldehyde in fabric softeners. Contact Derm 1984; 11: 254

16

Dahl MV. Allergic dermatitis from footwear. Minnesota Med 1975; 58: 4–871

17

De Groot AK, Gerkens F. Contact urticaria from a chemical textile finish. Contact Derm 1989; 4–63 :20

18

Farli M, Gasperini M, Giorgini S et al. Clothing dermatitis .Contact Derm 1986; 14: 17–316

19

Fisher AA. How to obtain shoes free of common sensitizers. Cutis 1973; 678 :12

20

Fisher AA, Kanof NB, Bionchi EM. Free formaldehyde in textiles and paper. Arch Dermatol 1962; 36: 6–753

21

Foussereau J, Dallara JM. Purity of standardized textile dye allergens - a thin layer chromotography study .Contact Derm 1986; 14: 6–303

22

Hatch KL, Maibach HI. Textile chemical finish dermatitis. Contact Derm 1986; 14: 13–1

23

HODGSON G & .HELLIER F. (1946) J. roy. Army. Med. Corps. 87, 110

24

Hatch KL, Maibach HI .Textile fiber dermatitis. Contact Derm 1985; 12: 11–1

25

Hjorth N, M"ller H. Phototoxic textile dermatitis (`Bikini dermatitis'). Arch Dermatol 1976; 7–1445 :112

26

Jordan WP. Clothing and shoe dermatitis. Postgrad Med 1972; 8−143 :52

27

Lundkofoed M. Contact dermatitis from formaldehyde in fabric softeners. Contact Derm 1984; 11: 254

28

Hatch KL, Maibach HI. Textile chemical finish dermatitis. Contact Derm 1986; 14: 13−1

29

Hatch KL ,Maibach HI. Textile fiber dermatitis. Contact Derm 1985; 11−1 :12

30

Cronin E. Studies in contact dermatitis. 18. Dyes in clothing .Trans St John's Hosp Derm Soc 1960; 64−156 :54

31

Cronin E. Contact Dermatitis. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1980

32

Hodgson CA, Hellier FF. Dermatitis caused by shirts in B.L.A. J Roy Army Med Corps 1946; 17−110 :87

33

Epstein E, Maibach HI. Ethylenediamine allergic contact dermatitis. Arch Dermatol 1968; 92: 7−476

34

Osmundsen P.E. (1968) Br. J .Derm 81, 789

35

Osmundsen P.E. (1970) Br. J. Derm 831, 296

36

(128/2)

الفصل الثالث والعشرون الحساسية الناجمة عن المنظفات

Detergent dermatitis

الفصل التالي الفصل السابق بحث

حساسية المنظفات أكثر شيوعاً بين الفتيات البالغات وتُسمى كذلك "حساسية ربة البيت". نظراً لانتشار هذا النوع من الحساسية قد يكون من المفيد إعطاء لمحة مختصرة خاصة وإن الأعداد من الاطفال الذين يعملون فى البيوت أو المطاعم والأماكن الأخرى في ازدياد في هذه الأيام.

اعتبارات عامة:

Acidيتشارك العرق والزهم مع بعضهما على سطح الجلد ويشكلان شريحة حمضية وشاح حمضي " "، مما يجعل الجلد أقل قابلية للأذية وهجمات العوامل البيئية (مثل الجراثيم، الرياح والشمس) Mantle وأقل تأثيراً بالإماهة. إماهة البشرة لها دور مهم في المحافظة على حالة الجلد الطبيعية.

معظم المنظفات قلوية، ولكن حتى المتعادله ، تزيل الطبقة الشحمية السطحية والمواد الحاملة للماء في الطبقة القرنية بالإضافة إلى الشحوم الحيوية من الغشاء نصف النفوذ في الطبقة القرنية. وكلها تغير طبيعة البروتين وتؤذي الأغشية الخلوية.

الماء ناقص التوتر ويعمل كعامل سام للخلايا على الجلد المتآكل، إذا أزالت المذيبات المناسبة بما فيها "التي لها دور هام Hygroscopicمنظفات الطبقة الشحمية، فإن الماء قد يُذيب المواد الماصة للرطوبة " للمحافظة على ليونة الجلد. الجير ــ المغنيزيوم والحديد في الماء العسر يترسب في شقوق الجلد وقد يتسبب تخريش ميكانيكي.

تخريش الجلد قد يظهر من زيادة نسبة الكلور في الماء أو وضع البروم في مياه أحواض السباحة. المحاليل القلوية تصبن شحوم السطح وتحل المواد الحاملة للماء وتكسر الخطوط العرضية للكيراتين وتسبب تورم الخلايا. الصابون ــ الصودا ــ الأمونيا ــ البوتاسيوم هيدروكسيد ــ الحوار (الطباشير) سيليكات الصوديوم قد تسبب أكزيما أرجية.

(129/2)

يجب ملاحظة أن رماد الصودا (كربونات الصوديوم اللامائية) أقوى بثلاث مرات من صودا الغسيل.

الصوابين والمنظفات الخالية من الماء الحاوية على محاليل عضوية هي محسسات جلد شائعة، إذ ترفع "الجلد وتحل الشحوم. السيليكا أو الرمل تميل لأذية الجلد بالتخريش الميكانيكي.pH"

منظفات اليدين والإسراف في غسيل اليدين بالماء والصابون قد تكون أكثر أذي للجلد إذ قد تُسبب جفاف

البشرة ومن ثم الحساسية الجلدية.

مساحيق الغسيل الحاوية على المنظفات ــ بيربورات ــ الفوسفات ــ والمبيضات الموضعية والعطور التي يتواجد بعضها في المنظفات قد تسبب الحساسية كذلك.

التأثير المخرش مختلف ويعتمد على تركيز المواد الكيماوية في المنظفات.

معظم الأمونيا الرباعية ذات تأثير مخرش تُسبب تشققات سطحية وجفاف بالجلد.

الشكل رقم 187: حساسية المنظفات

(أكزيما ربة البيت)

الشكل رقم 188: أكزيما تماس مزمنة

الشكل رقم 189: أكزيما تماس مزمنة

الاسفنجات سواء كانت بلاستيكية أو معدنية المستخدمة في تنظيف المطابخ قد تؤثر على تأكزم الجلد.

التماس مع الخضار مثل الطماطم، البصل، الثوم، البرتقال، الليمون وعصيرها وقشورها قد يسبب حساسية جلدية.

القفازات البلاستيكية التي تستخدم روتينياً في المطبخ أو من الطاقم الطبي لها دور مهم في حساسية الجلد الناجمة عن تغطية سطح الجلد وتأثير محتواها البلاستيكي.

المظاهر السريرية:

أكزيما التماس الأرجية من النمط المتأخر، إذ أن التماس الأول للجلد مع بعض المواد المحسسة قد لايكون له أي تأثير، لكن مع تكرار التعرض فإن الحساسية بالتماس سوف تظهر.

الاكزيما الحادة: تصيب الجلد المعرض للمنظفات المتهمة، وتظهر آفات حمامية موضعية وقد تحدث حويصلات وحطاطات ونز مترافقاً مع حكة.

(130/2)

الاكزيما المزمنة: الجلد جاف ــ سميك متشقق. التحزز هو المظهر الرئيسي لاكزيما التماس في المرحلة الباكرة. الارتكاس الاكزيمائي يظهر على الناحية التي على تماس مع المنظفات لكن في المرحلة المتأخرة فإن الارتكاس الاكزيمائي قد ينتشر ليصيب أجزاء أخرى من الجلد الغير معرض للتماس مع المادة المحسسة.

المكان الأشيع إصابة بالمنظفات هي اليدين ــ لذلك سميت "أكزيما الشغالات" أو أكزيما "ربة المنزل"

التشخيص:

اختبار البقعة قد يكشف عن المواد المحسسة المختلفة.

المعالجة:

الأكثر أهمية هو منع المادة المسببة للحساسية من ملامسة الجلد.

كل أنماط المعالجة سوف تكون مضيعة للوقت والمال إذا لم تكن متكاملة. الارتكاس الاكزيمائي قد يتحسن بشكل مؤقت باستخدام الأدوية الموضعية والجهازية، لكن النكس هو القاعدة عند عودة الجلد للتعرض للمادة المحسسة مرة أخرى. لذا فإن تجنب المادة المسببة للحساسية هي شرط أساسي للتخلص من هذا النوع من الحساسية.

إن ربة البيت التي يطلب منها التوقف عن استخدام هذه المنظفات سوف لاتلتزم بكل هذه النصائح إذا لم يوصف لها البديل الذي يمكنها من القيام بواجباتها. إذ عليها استخدام قفازات من أنواع خاصة مثل (Allerderm)، وهي عبارة عن قفازين في علبة واحدة الأول قطن يلبس أولاً حتى يمنع من تاثير النوع الثاني البلاسيك. أما القفاز الثانى فيستعمل كحماية للقفاز القطني حتى لايبتل بالماء أثناء العمل.

القفازات البلاستيكية العادية وحتى القفازات المُبطنة غير مسموح بها. إذا لم تتوفر هذه القفازات فإن قفازات مثلها يمكن تحضيرها من قطعة من القماش القطني يمكن أن تجهز محلياً لحماية اليد والأصابع.
طريقة صنع مثل هذه القفازات سهله ويتم ذلك بوضع اليد على قطعه من القماش القطني وتحدد حواف اليد والأصابع بالقلم وتُقص قطعتان وتخاط سوياً وبهذا يمكن الحصول على قفاز قطني ويمكن لبس القفازات البلاستيكية المتوفرة بالأسواق فوق ذلك القفاز المصنوع محلياً وبذلك يمكن القيام بالعمل دونما الخوف من حدوث الحساسية التلامسية من المؤثرات الخارجية.

يجب التنبيه بأن عدم الالتزام بلبس القفازات القطنيه أسفل البلاستيكية لن تُجدي العلاجات.

الطبيب المعالج يجب أن يعلم ويوجه لاستعمال القفازات الواقية. هذه النصيحة قد تكون أكثر فعالية من الوصفة المعطاه للمريض ويجب الملاحظة بأن الجلد المتأكزم يصبح حساساً، لذلك فإن الخضار والبرتقال وعصير الليمون وعصير الثوم والبصل قد تعمل كمخرشات بدائية ويجب أن نتجنبها.

هذا هو السبب أن المريض المصاب بالتهاب جلد تحسسي من المنظفات يجب عليه أن يستخدام القفازات القطنية أسفل البلاستيكية قبل التعرض لهذه المواد.

المعالجة الفعالة:

منع ملامسة الجلد للماده المسببه للحساسيه تشكل العامل الرئيسي .

معالجة الحاله مثل الطرق المطبقة في الأنماط الأخرى من الأكزيما.

المراجع

Magnusson B, Gilje 0. Allergic contact dermatitis from a dishwashing liquid containing laurel ether sulphate. Acta DermVenereol 1973; .40–136 :53

1

White IR, Lewis J, El Alami A. Possible adverse reactions to an enzyme-containing washing powder. Contact Derm 1985;13: .9–175

2

Wilkinson DS, Bandmann H-J, Calnan CD et al. The role of contact allergy in hand eczema .Trans St John's Hosp Derm Soc 1970; 56: .25–19

3

(132/2)

Wilkinson DS. Nursing and Management of Skin Diseases 4th edn. London, Faber &Faber, .1977

4

Calnan CD. Nickel dermatitis. Br J Dermatol 1956; .36–229 :60

5

Christensen OB, Moller H. Nickel allergy and hand eczema .Contact Derm 1975; 1: l.35–29

6

Cronin E. Clinical prediction of patch test results. Trans St John's Hosp Derm Soc 1972; 58: .62–153

7

Edman B .Sites of contact dermatitis in relationship to particular allergens.
Contact Derm 1985; 13: .35–129
8
Fisher AA. Metal dermatitis - some questions and answers. Cutis 1977; 19: 156,
158, 164, 165and .169
9
Fregert S .Occupational dermatitis in a 10-year material. Contact Derm 1975; :1
.107–96
10
Husain SL. Contact dermatitis in the West of Scotland. Contact Derm 1977; 3:
.32–327
11
Menné T, Brandrup F, Thestrup-Pedersen K et al .Patch test reactivity to nickel
alloys. Contact Derm 1987; .9–255 :16
12
Moller H. Intradermal testing in doubtful cases of contact allergy to metals.
Contact Derm 1989; 20: .3–120
13

الفصل الرابع والعشرون التحسس النباتي (أكزيما النباتات)
Plant Dermatitis

هناك العديد من النباتات المختلفة التي قد تسبب الحساسية الجلدية مثل: نباتات مانسونيا ــ التيسميا ــ التيك والجوز الأسود الأفريقي وغيرها. الحشائش وأوراق الأشجار والزهور كذلك قد تسبب الحساسية.
التهاب الجلد المهني بالنباتات يحدث عند عمال الحدائق، عمال الغابات وغيرهم.

(133/2)

يتعرض الأطفال لحساسية النباتات أثناء اللعب خارج المنزل أو داخله من الورود ونباتات الزينة وحتى الأوراق الجافة والورود الجافة الموجودة في البيت كجزء من الديكور. زرع النباتات داخلاً أو خارجاً، والعشب والشجيرات قد يسبب حساسية جلدية أو تفاقم أكزيما سابقة عند الطفل.

) ــ والمانجو ــ الصمغ Ivy"ــ البلوط السام ــ والكاشيو ــ بذرة الخلباب (Rhusأوراق السماق السامة " وشجر الطلح قد تعمل كمواد محسسة.

" الحاوي على سنياميك أسيد استر وقد Poplarالمادة المحسسة في شمع عسل النحل يشتق من راتنج الـــ " يكون ذلك مؤرج كبير. بلسم البيرو، بلسم الصنوبر قد تسبب حساسية جلدية. المؤرج الكبير في الثوم هو دي أليل دي سلفيت.

المظاهر السريرية:

تعتمد الصورة السريرية وشدة الارتكاس على قابلية واستعداد المريض ــ الموقع الجلدي الذي على التماس مع المؤرج وتركيز المادة المحسسة الموجودة في النباتات.

الجلد المتأذي عند الأطفال خاصة مناطق الثنيات أكثر قابلية للارتكاس الشديد هو من نوع التفاعل الفقاعي.

المظاهر الجلدية تبدأ بشكل ارتكاس حمامي متعدد الأشكال وقد يأخذ شكل الورقه أو الوردة التي تعرض لها الجلد، قد يتشكل اندفاع شروي أو حويصلي فقاعي أو حتى فقاعات في مكان التماس. الجلد قد يصبح متآكلاً ورطباً ناجماً عن تمزق التفاعلات والحويصلات.

الانتان الجرثومي الثانوي قد يكون اختلاطاً لسطح الجلد المتآكل.

المظاهر الجهازية مثل حمى العلف ــ التهاب الأنف ــ الربو قد تحدث عند المرضى المصابين بالحساسيه الوراثية.

بعض أنواع النباتات مثل التين قد يحدث حساسية ضيائية حيث يظهر الارتكاس الاكزيمائي بشكل رئيسي على المناطق المعرضة للشمس بعد التعرض لأشعة الشمس مسبباً حمامي أو اندفاع متعدد الأشكال ضيائي وحتى ارتكاسات فقاعية وفرط تصبغ.

الشكل 190 تصبغ جلدي (حساسية ضوئية)

Fig.190. Hyperpigmentation(Photosensetization by Furocumarine in figs trees (

تشخيص أكزيما النبات التحسسية:

اختبار البقعة قد يحدد المادة المحسسة. يجب ملاحظة أن التفاعل الإيجابي الكاذب شائع عادة.

بعض أنواع التهاب الجلد التحسسي من النباتات تُبدي اختلافات فصلية، حيث تظهر في نفس الوقت من كل عام. هذا قد يفيد في تحديد النبات المتهم أو الوردة أو العشب المتوقع.

الاختبارات المختلفة الحديثة قد تستخدم لتشخيص المؤرج المسبب.

التفاعل الإيجابي الكاذب أو السلبي الكاذب قد يحدث أيضاً.

المعالجة:

تجنب التعرض للنباتات التي قد تسبب التهاب الجلد.

علاج التهاب الجلد الحاد مع آفات نازة:

استخدم المحاليل المجففة مثل برمنغنات البوتاسيوم كمادات وكريم ستيروئيدات قشرية موضعية أو المشاركة مع المستحضرات المضادة للجراثيم إذا كان هناك انتان جرثومي ثانوي مثل: (Decoderm cream). الستيروئيدات القشرية داخلاً يحتفظ بها للحالات المختلطة بمظاهر جهازية شديدة. إذا كانت الستيروئيدات الجهازية ضرورية فإنه يفضل استخدام الـــ " Depot Medrol حقناً".

مضادات الهيستامين تستطب لمنع الحكة.

مستحضرات مضادات الجراثيم مطلوبة لعلاج الانتان الجرثومي الثانوي.

نزع الحساسية ضد محسس معين قد يفيد بعض المرضي. يجب الحذر أثناء اجراء الاختبارات أو التطعيم التحسسي خاصة عند الأشخاص مفرطي الحساسية.

يجب استعمال مستحضر خفيف التركيز أولاً، ويجب وضع المريض تحت المراقبة بعد إعطاء الحقنة وأن تكون وسائل مكافحة الصدمة مثل الأكسجين يجب أن تكون في متناول اليد.

تعطي الحساسية الجلدية بشكل رئيسي للبالغين. الرضع والأطفال الصغار من الأفضل استثنائهم من المعالجة بنزع الحساسية.

حساسية الأعشاب (Grass Dermatitis)

هذا النوع من التهاب الجلد شائع عند الأطفال الذين يلعبون في الحديقة المنزلية أو الملاعب أو ملاعب كرة القدم المغطاة بالعشب. قد يحدث ذلك خلال الـــ 24 ساعة الأولي في المناطق التي تكون على تماسي

مع العشب.

اختبار البقعة للعشب إيجابي

(135/2)

مركبات نباتية محسسة

عدة منتجات نباتية قد تسبب حساسية جلدية.

1 ــ زيوت أصلية: يوجد في قشور الحمضيات والفواكه الحامضية ــ أوراق النعناع ولحاء شجرة القرفة.

2 ــ زيت القرفة: يستخدم كمادة منكهة في احمر الشفاء، العلكة ــ معجون الأسنان وفي أفران العجين.

3 ــ زيت القرنفل: الأوجينول يستخدم في طب الأسنان.

4 ــ زيت الليمون: يوجد في شجرة الليمون وقشور الليمون.

5 ــ بلسم البيرو: يحتوي على زيت أصلي، الذي يسبب حساسية التماس.

6 ــ الفانيليا: يشتق من نبات الفانيليا ويستخدم كمادة منكهة في عدة أطعمة مثل المثلجات الكعك، العلكة، وبعضها يحوي الفانيليا قد تسبب أكزيما تماس في الجلد أو الأغشية المخاطية.

7 ــ فيوروكومارين: يوجد في بعض النباتات مثل التين والبقدونس، الماسترد وقد يسبب ذلك حساسية ضيائية.

قد يظهر اندفاع حمامي حويصلي وفقاعي على المناطق التي على تماس مع هذه المواد. وهذا الاندفاع يظهر بعد تعرض سابق للمنطقة التي على تماس المحسس الضيائي لأشعة الشمس.

": بعض أنواع الأكزيما تبدي تغيرات فصلية، تثور في بعض شهور السنة 8Pollens ــ حبات الطلع " مثل فصل حبات الطلع أو أثناء الشتاء مسببةً حساسية جلدية. الآفة الجلدية تكون عادة على الرقبة والوجه والساقين واليدين بشكل رئيسي. المظاهر الأخرى مثل الربو – حمى العلف والشري قد تحدث.

9 ــ النباتات والخشب: قشور الحمضيات ــ الزهور ــ الورود ــ العشب ــ نشارة الخشب ــ التوابل ــ الصويا ــ البصل ــ الثوم وعائلة الماسترد وهذه قد تعمل كمخرشات وأحياناً تسبب اندفاعات جلدية فقاعية.

حساسية المبيدات

تشمل مبيدات الفطور، مبيدات الجرذان، ومبيدات الأعشاب مثل سلفات الثيورام ــ ثيوكارابميت ــ

(و Lindaneفورملدهايد ــ نتروفورازون ــ مركبات الزئبق العضوية ــ " هيكساكلوروسيكلوهكسيين (
"هو المبيد الأشيع إحداثاً للحساسية. المبيدات الفوسفورية العضوية أحياناً تعتبر كمحسسات.Pyrithrum
حساسية راتنج

(136/2)

Epoxy Resin Dermatitis

"هي من المواد الأكثر تحسساً التي تدخل في الصناعة حديثاً. تستعمل في العوازل Epoxyراتنجات "
الكهربائية أو القولبة بالزجاجي الليفي. تستخدم أيضاً في التغليف وتصفيح المعادن وتغليف المعادن وملىء الفراغات في الأعمال الأسمنتية.

-Cardiac paceيوجد أدلة كافية بأن المعادن والمطاط والبولي استر والسيراميك في ناظم الخطي القلبي (
) وأبر الحقن تحت الجلد من العوامل المثيرة للحساسية.makers

الشكل رقم 191 ا: حساسية راتنج

Fig. 191a. Epoxy resin dermatitis

" يستخدم في صناعة البلاستك مثل الحقائب البلاستيكية، القفازات، الصمغ والدهانات. Epoxyراتنج "
الراتنج المستخدم في خيوط البولي استر مثل الدكرون ولصقات البولي استر قد يستخدم في صناعة الحفاظات ويعمل كعامل محسس يسبب أكزيما.

حساسية السماق

Rhus Dermatitis

هي أكزيما النباتات تنجم عن التماس الجلدي مع بعض النباتات مثل البلوط ــ نبات الخلباب والتين وغيرها.

المظاهر السريرية:

تظهر الأعراض مباشرة بعد التعرض أو قد يستغرق ذلك فترة أطول حتى يظهر.

الآفات الجلدية تبدو بشكل حكة شديدة في مكان التماس مع حمامي، ووذمة موضعية. الحويصلات والفقاعات تحدث وعادة خطية ومتجمعة.

الشكل رقم 191 ب: حساسية السماق

Fig.191b. Rhus dermatitis

الأماكن الأكثر إصابة هي المناطق المكشوفة من الجسم مثل الوجه ــ الأطراف، والمناطق المغطاة بألبسة رقيقة والأجفان والشفاه قد تصبح متوذمة تؤدي إلى الارتكاسات الأرجية الشديدة وإلى إغلاق كامل للأجفان.

إن تركيب الحويصلات بشكل خطي عادة هو علامة مشخصة لحساسية السماق .

، التي تحدث بواسطة دهان المفروشات، Lacquer Rhusهناك أنواع أخرى من التهاب الجلد متعلق

. Ginkgo الدهان، الصموغ الصناعية، الورنيش والاحماض المتوفرة في شجرة Cashewالخشب

(137/2)

" وزهور Chrysanthemumقد تحدث الأكزيما أيضاً من بعض الورود مثل زهرة الربيع ــ أزهار "

" هذه الأنواع قد تسبب اكزيما شديدة ولهذا السبب يجب ابتعاد الأطفال من التماس مع مثل هذه Prairie" النباتات والورود.

المزروعات داخل المنزل ونباتات الزينة قد تسبب أكزيما أيضاً.

أشجار الطلح ــ الصنوبر ــ التيك والمهوجوني قد تسبب أيضاً أكزيما.

أكزيما حباب الطلع من حبات الطلع في عث الموكيت والسجاد التي تحدث عادة بعد فصل الصيف بسبب زيت عشب الخرقة الذي يسبب أكزيما ــ ربو وحمى العلف.

الخضار مثل الثوم ــ البصل والطماطم والخيار الخس البقدونس والسيلاري قد تسبب أكزيما التماس.

الحبر المشتق من بعض النباتات يسبب أكزيما خاصة عند الاطفال.

الحبر المؤثر يسبب أكزيما قد تحدث حساسية وحتى تسمم للاطفال .

حساسية الأعشاب البحرية

Seaweed Dermatitis

الأعشاب البحرية في المحيطات أو مصادر المياه الأخرى قد تسبب أكزيما تماس في الجزء المتعرض من الجلد إلى الطحلب الأخضر والأزرق. الطحلب الأخضر قد يوجد في أحواض المياه الراكدة وبرك السباحة.

الأعراض: تبدأ بالحكة وارتكاس الجلد الشديد قد يحدث بعد التماس مع هذه النباتات المائية، الأماكن الأكثر إصابة هي المناطق المغطاه بلباس البحر. قد يحدث آفات حمامية أو حويصلية وتقشرات.

اختبار البقعة الجلدية بالطحلب إيجابي بشدة.

التشخيص:

الاختبارات الجلدية قد تكون نوعية في تحديد المادة المحسسة النوعية.

المعالجة:

1 ــ المرضي المتحسيسين يجب أن يتجنبوا التعرض للنباتات الحاوية على المواد المحسسة.

2 ــ علاج الأشخاص المصابين تشمل الغسل الكامل للألبسة لإزالة أي راتنج فيها.

3 ــ يجب على المريض أن يأخد حمام لإزالة الراتنج من على سطح الجلد.

4 ــ كريم الستيروئيد الخفيف يمكن أن يطبق، كما إن كمادات الحليب البارد قد تكون مفيدة أيضاً.

(138/2)

.) قد يحتاج له في الحالات الشديدة 5Depot Medrol 40mg ــ الستيروئيدات القشرية فموياً أو عضلياً (
والآفات المنتشرة.

6 ــ مضادات الهيستامين تستخدم لمنع الحكة.

7 ــ الفقاعات قد تفتح وتستخدم كمادات برمنغنات البوتاسيوم 1/ 9000 لتجفيفها.

8Desinstization. (العلاج بطريقة التطعيم التحسسي)

المراجع

REFERENCE

Kligman AM. Poison ivy (Rhus) dermatitis. Arch Dermatol 1958; 77: 80−149

Malten KE. Tracing back a positive to epoxy resins .Contact Derm 1977; 3: .217

Malten KE. Tracing back a positive to epoxy resins. Contact Derm 1977; 3: .217

Holst R, Kirby J, Magnusson B .Sensitization to tropical woods giving erythema multiforme-like eruphons .Contact Derm 1976; 2: 295

Woods B. Irritant plants. Trans St John's Hosp Dermatol Soc 1962; 48: .82−75

Maibach HI, Epstein WL. Plant dermatitis: fact and fancy. Postgrad Med 1964; 35: .4−571

Mitchell JC, Dupuis G, Geissman TA .Allergic contact dermatitis from

sesquiterpenoids of plants. Br J Dermatol .40–235 :87 ;1972
Mitchell JC, Geissmann TA, Dupuis G et al. Allergic contact dermatitis caused by Artemisia and Chrysanthemum species. JInvest Dermatol .101–98 :56 ;1971
Mitchell JC, Rook AJ. Diagnosis of contact dermatitis from plants. Int J Dermatol 1977; 16: .66–257
Rothenborg HW, Menne T, St4/3lin K-E. Temperature dependent primary irritant dermatitis from lemon perfume .Contact Derm 1977; 3: .48–37
Maibach HI, Epstein WL. Plant dermatitis: fact and fancy. Postgrad Med 1964; 35: .4–571
Mitchell JC, Dupuis G, Geissman TA .Allergic contact dermatitis from sesquiterpenoids of plants. Br J Dermatol .40–235 :87 ;1972

(139/2)

Mitchell JC, Geissmann TA, Dupuis G et al. Allergic contact dermatitis caused by Artemisia and Chrysanthemum species. J Invest Dermatol 1971; .101–98 :56
Powell SM, Barrett DK. An outbreak of contact dermatitis from Rhus verniciflua (Toxicondendron vernifluvum). Contact Derm 1986; 14: .9–288
Rook A. Plant dermatitis. Br Med J 1960; 2: .4–1771
Rudzki E, Grzywa A. Immediate reactions to Balsam of Peru, cassia oil and ethyl vanillin. Contact Derm 1–360 :2 ;1976
Thune PO, Solberg YJ. Photosensitivity and allergy to aromatic lichen acids and compositae oleoresins and other plant substances. Contact Derm.71–64 :6 ;1980

الفصل الخامس والعشرون الأكزيما الناجمة عن المعادن أو المواد المصنعة

عدة أنواع من المعادن والمواد المصنعة لها قد تعمل كمحسس جلدي. نورد هنا بعضها بإختصار:

1 ــ حساسية الكروم:

الكرومات هي محسس جلدي قوي، قد تعمل كمخرش بدائي أو تؤدي إلى التحسس من النوع المتأخر. تحدث عند الدهانين، المصورين الفوتوغرافيين ــ ميكانيكي محرك الديزل وهؤلاء الذين يتعرضون بدرجة كبيرة. توجد الكرومات في الأحذية ــ السحابات وجلد الأربطة ــ القبعة، جلد محفظة الكاميرا، الأسمنت ــ الغراء والمجوهرات وفي الكثير من المواد المصنعة الأخرى.

التشخيص:

اختبار البقعة.

المعالجة:

تجنب التماس مع الكرومات.

المعالجة الفعالة: هي نفس المعالجة لاكزيما التماس.

الشكل رقم 192أ : أكزيما تماس حادة (أقراط)

الشكل رقم 192ب: أكزيما تماس (ساعة اليد)

2 ــ النيكل :

معدن النيكل قد يسبب أكزيما، لكن المعادن الأخرى مثل الأملاح المعدنية الكرومية، الزئبقية، التوتياء، الذهب، الفضة وغيرها قد تُسبب الحساسية الموضعية كذلك.

الشكل رقم 192ج : اكزيما تماس (العقد)

الشكل رقم 193: اكزيما المعادن

الأملاح المعدينة المتوفرة في الأقراط (الحلق) ــ دبابيس الشعر ــ الخواتم ــ العقد وإطارات النظارات. أملاح الذهب والبلاتنيوم خاصة عندما تمزج مع معادن أخرى قد تسبب أكزيما. المصدر الأكثر شيوعاً للنيكل المعدني هى الأدوات المطلية بالنيكل .

الفولاذ الذي لايصدأ (عادة يحوى على 8% نيكل و 18% كروم) يبدو أنه لا يملك نفس القدرة على إظهار أكزيما التماس كما هو عندما يكون ممزوجاً مع مواد أخرى مثل النحاس في النقود. لكن الطعام المطبوخ في وسط حامضي مثل الفواكه في صواني ستانلس قد يزيد تحرر النيكل.

أملاح النيكل (سلفات النيكل ــ سلفات النيكل أمونيوم ....إلخ) تستخدم في صناعة الصحون.

المادة التجميلية المستعملة من قبل السيدات لتظليل الجفون والحواجب يمكن أن تحوي على النيكل حيث إن كميات قليلة من النيكل كافية لإثارة الأكزيما. مصادر النيكل قد توجد في المحاقن الطبية وناظم الخطي القلبي.

بعض الأطعمة والمشروبات تحوي تركيزات عا لية جداً من النيكل أكثر من غيرها. مثل الماء المنزلي والتعرض للنيكل قد يكون أيضاً بتلوث الخضار من المسمدات.

3 ــ الزئبق:

العديد من أملاح الزئبق قد تسبب أكزيما وهي:

أملاح الزئبق مثل (كروم الزئبق ــ الميكوريكروم) المستعمل الشائع كمطهر للجروح قد يسبب أكزيما.

أملاح فنيل الزئبقي يستخدم في الصمغ والمحلول الجلاتيني وصناعة مواد التجميل مثل الحافظات وفي الزراعة كمبيدات حشرية وفطرية. بعض أملاح الألمنيوم قد تسبب تحسساً أو تخريشاً لسطح الجلد.

(الفضة أو النحاس مع الزئبق) لحشوات الأسنان وفي Alloyالمعدن المستخدم في تركيبات الأسنان الأدوات السنانية.

قد يُحدث طفوح معممة في الأشخاص المصابين بحساسية من التركيبات للأسنان أو موازين الحرارة المكسورة.

) . أملاح الزئبق اللاعضوية Cutaneous granulomaالزئبق المعدني هو سبب نادر للحبيبوم الجلدي(حالياً أقل استخداماً كأدوية موضعية.

(141/2)

المركبات العضوية تستخدم كمبيدات وعوامل مضادة للجراثيم ــ في الزيوت ــ الدهانات وصناعة الأقمشة ــ صناعة الورق وفي تبطين الأحذية. أحياناً المركبات العضوية تستخدم كمادة حافظة في المحاليل المعدة للحقن مثل خلاصات الجاماغلوبين والأضداد أو في المقشعات، الكريمات، المطهرات الجلدية، القطرات العينية ومحاليل العدسات اللاصقة.

) مازال يستعمل بكثرة في المبيدات للفطور. استيات فنيل الزئبق يستخدم Merfenبورات فنيل الزئبق (في بعض قاتلات النطف المهبلية التي قد تسبب ارتكاس أرجي.

) يستخدم في الوشم الأحمر مسبباً ارتكاسات حبيبية وفي دهان Cinnabarسلفايد الزئبق الأحمر (

الرسامين. قد يحوي شوائب الكادميوم سلفات غير النقي ويمكن لذلك أن يسبب ارتكاسات تسمم ضيائي.

معظم الحالات المتحسسة من الزئبق يمكن إظهارها في اختبار البقعة للمعدن في كل من المركبات العضوية واللاعضوية.

الألمنيوم المحقون بشكل هيدروكسيد في اللقاحات المميزة قد يسبب ورم حبيبي ومن الممكن حدوث آفة محسسة بالتماس أيضاً.

4 ــ الآرزينيك:

أملاح الآرزينيك سبب شائع للأكزيما، وكذلك نتيجة مواد أخرى تستعمل في صناعة الطباشير ــ الخيطان ــ والأدوات المنزلية ــ المبيدات في الزراعة ــ المواد العازلة للحرارة وكمادة حافظة لجلد الحيوانات.

الآرزينيك قد يوجد في الأدوية، حافظات الخشب، المبيدات، صناعة الزجاج ــ الصناعات الحربية ــ المواد الإضافية ــ الذهب وفي مواد التغليف الواقي من الماء ومواد علف الحيوانات.

5 ــ الذهب:

هو محسس جلدي شائع. أملاح الذهب مثل ثلاثي كلور الذهب (المستخدم في التصوير الضوئي وتصفيح الذهب وتذهيب الكؤوس والبورسيلان هي مواد محسسة.

الذهب الأبيض قد يحتوي على النيكل.

كلور الذهب هو محسس قوي.

اختبارات البقعة لهذه الأملاح يعطي ارتكاساً إيجابياً.

6 ــ اليود:

في السابق عندما كان اليود واسع الاستخدام كمطهر ومضاد فطري كانت حالات الحساسية أكثر بكثير من الوقت الحالي.

(142/2)

محلول بوفيدون ــ ايوداين فيه فقط 1% يود وهو محسس نادر.

المراجع

1Burrows D. Adverse chromate reactions on the skin. In: Burrows D, ed. Chromium :Metabolism and Toxicity. Boca Raton, Florida: CRC Press, 1983: −137 63

2Hambly EM, Wilkinson DS. Contact dermatitis to butyl acrylate in spectacle frames. Contact Derm 1978; 4: 115
3Kirton V, Wilkinson DS. Sensitivity to cinnamic aldehyde in a toothpaste. Contact Derm 1975; 1: 80–77

4Calnan CD .Nickel dermatitis. Br J Dermatol 1956; 60: 36–229

Christensen OB, M?ller H .Nickel allergy and hand eczema. Contact Derm 1975; 1:

l35–29

5
6Shelley WB, Hurley HJ. The allergic origin of zirconium deodorant granulomas. Br J Dermatol 1958; 70: .101–75
7Volden C, Kiokan H, Kauli G et al. Phototoxic and contact toxic reactions to the exocarp of sweet oranges: a common cause of cheilitis? Contact Derm 1983; 9: .4–201
8Cronin E. Clinical prediction of patch test results. Trans St John's Hosp Derm Soc 1972; 58: .62–153
9Edman B. Sites of contact dermatitis in relationship to particular allergens. Contact Derm 1985; 13: .35–129
10Fisher AA. Metal dermatitis - some questions and answers. Cutis 1977; 19: 156, 158, 164, 165and .169
11Fregert S .Occupational dermatitis in a 10-year material. Contact Derm 1975; .107–96 :1
12Husain SL. Contact dermatitis in the West of Scotland. Contact Derm 1977; 3: .32–327
13Menné†T, Brandrup F, Thestrup-Pedersen K et al .Patch test reactivity to nickel alloys. Contact Derm 1987; 16: .9–255
14Meller H. Intradermal testing in doubtful cases of contact allergy to metals . Contact Derm 1989; 20: .3–120

15Berger C, Muslmani M, Menezes Brandao F et al. Thin layer chromatography search for Disperse Yellow 3and Disperse Orange 3in 52stockings and pantyhose. Contact Derm 1984; 10: .7–154

16Cronin E. Formalin textile dermatitis. Br J Dermatol 1963; 75: .73–267

17Cronin E. Studies in contact dermatitis: XVIII. Dyes in clothing. Trans St John's Hosp Derm Soc 1968; .64–156 :54

18De Groot AK, Gerkens F. Contact urticaria from a chemical textile finish. Contact Derm 1989; 20: .4–63

19Farli M, Gasperini M, Giorgini S et al. Clothing dermatitis. Contact Derm 1986; 14: .17–316

20Fisher AA, Kanof NB, Bionchi EM. Free formaldehyde in textiles and paper. Arch Dermatol 1962; .6–753 :36

21Fisher AA. The notorious poison ivy family of Anacardiaceae plants .Cutis 1977; 20: .95–570

22Mitchell JC, Rook AJ. Diagnosis of contact dermatitis from plants. Int J Dermatol 1977; 16: .66–257

23Rothenborg HW ,Menne T, Stlin K-E. Temperature dependent primary irritant dermatitis from lemon perfume. Contact Derm 1977; 3: .48–37

24Powell SM, Barrett DK. An outbreak of contact dermatitis from Rhus verniciflua (Toxicondendron vernifluvum .(Contact Derm 1986; 14: .9–288

25Rook A. Plant dermatitis. Br Med J 1960; .4–1771 :2

Rudzki E, Grzywa A. Immediate reactions to Balsam of Peru, cassia oil and ethyl vanillin. Contact Derm 1976; 2: .1–360

26

27Thune PO, Solberg YJ. Photosensitivity and allergy to aromatic lichen acids and compositae oleoresins and other plant substances. Contact Derm 1980; 6: .71–64

28Cronin E. Contact Dermatitis. Edinburgh: Churchill Livingstone, .1980

Edman B. Sites of contact dermatitis in relationship to particular allergens .
Contact Derm 1985; 13: .35–120

29

30Hodgson CA, Hellier FF. Dermatitis caused by shirts in B.L.A. J Roy Army Med Corps 1946; 87: .17–110

31Epstein E, Maibach HI. Ethylenediamine allergic contact dermatitis. Arch Dermatol .7–476 :92 ;1968

32Frosch PJ, Kligman AM. A method for appraising the stinging capacity of topically applied substances. J Soc Cosmet Chm .209–197 :28 ;1977

33Christophersen J, MennE TM, Tanghof P et al. Clinical patch test data evaluated by multivariate analysis. Contact Derm 1989; .9–291 :21

الفصل السادس والعشرون التحسس الجلدي الناجم عن المخرشات الأخرى
Skin Sensitization due to Other Irritants

أكزيما التماس والتخريش أكثر شيوعاً عند البالغين. رغم أن بعض أنواع المخرشات يبدو أنها تستخدم من قبل البالغين فقط وحتى الأطفال في الوقت الحالي يشاركون البالغين في أعمال معنية. يقدر أن حوالي 250 مليون طفل في العالم يعملون بشكل غير قانوني في عدة صناعات ويقومون بعدة أعمال خاصة كالتي يوديها البالغون. نحن نواجه في أثناء ممارستنا للمهنة أطفالاً لديهم أكزيما تماس من الأسمنت، الديزل، المنظفات وبعض الأنواع الأخرى. ولهذا السبب تم ذكر هذه الأنواع من الحساسية.

بعض المخرشات الأخرى المتوفرة ولها القدرة على إحداث أكزيما تماس وتخريش هي:

Fig.195.a,b,c,d."The youngest welder" : 10years old child misused as a metal welder without the minimal protective safety measures.

195 اب ج د اصغر للاحم معادن: سوء استعلال الاطفال

الزيوت:

زيوت القطع الحادة تُستعمل كمواد تبريدية في العمل المعدني، الماء، المطريات ــ مضادات الأكسدة ــ العوامل المضادة للتآكل والحافظات رغم كونها مائية فإنها ذات قدرة على تجفيف الجلد. بعد التعرض المتكرر يميل الزيت ليكون أكثر تخريشاً.

بعض الزيوت تحرض الارتكاس اكزيمائي وفرط تقرن جرابي وبثور مشابه لحبوب الشباب.

المذيبات العضوية:

تزيل طبقة الشحم والمواد الحاوية للماء وتؤذي الأغشية الخلوية وتعتمد قدرتها التخريشية على تركيبها الكيماوي مثل البنزين ــ التولوين والسبيرتو الأبيض. بعض المحللات العضوية الأخرى والسكاكر المكورة مثل ثلاثي كلوراتيلين، بيركلوراتيلين. كلورالاثيلين والكلوروبنزن والكحول قد تؤدي كذلك إلى الحساسية.

الثنر هو مزيج شائع من الكحول، الكيتونات والاسترات يستعمل في بعض الصناعات مثل صناعة القماش ومعادن التنظيف، صناعة التصوير.

عند تغطية الأراضيات (حيث يستعمل الصمغ)، تلميع الخشب، الصباغة والدهان حيث أنها قد تُسبب التحسس كذلك.

العوامل المؤكسدة:

البروكسايد العضوي مثل البنزيل بيروكسايد والسيكلوهيكسانون بيروكسايد تستعمل في راتنجات مطاطية مقواة، بعضها يستخدم في مبيضات الشعر والبعض في صناعة الأقمشة على شكل زيوت ودقيق ــ هي عوامل سامة خلوية قوية وقد تسبب ارتكاسات شروية غير عادية. هيبوكلوريت الصوديوم (مبيض) يستعمل للغسيل من قبل الدهانين والصباغين لإزالة الملون من أيديهم، سميتها خلوية تجعل استخدامها) غير مناسب لتنظيف الجروح والقروح حيث يعمل كمادة محسسة جلدية.Eusolالطبي مثل (

أوكسيد الاثيلين: يستعمل كمادة معقمة وقد يبقي بشكل ذرات على الأدوات المعقمة أو الأدوات المطاطية.

الأصبغة العضوية:

هي منتجات محسسة أكثر شيوعاً في صناعة الأقمشة ــ أصبغة الشعر والفروة. وقد تكون الحساسية أحياناً مهنية، وتوجد أيضاً هذه الأصبغة في مواد التجميل، المطاط البلاستيك الأحذية وكريمات الحذاء، حبر

الطابعات، البترول، الزيوت، الكحول للصناعة والاستعمال في المنزل. ورق العناية الصحية (التواليت) وأقلام الحبر الجاف قد تحتوي على الأصبغة العضوية كذلك.

مضادات الأكسدة:

هذه المواد تستعمل في الوقاية من الأكسدة التي تؤدي لجفاف وتعفن المنتجات هذه يحدث في صناعة المطاط، البلاستك، الأنابيب، المادة اللاصقة، الملمعات، الزيوت والصموغ وغيرها.

معظم الشموع والدهون التي تستخدم بشكل دوائي، تجميلي أو طعام يضاف إليها مضادات الأكسدة.

القلويات:

تستعمل في بعض الصناعات (الأصبغة، مطاط، بلاستك والزجاج).

الحموض:

يستعمل بشكل واسع في الصناعة مثل حمض الكروم في الحديد الواقي من الصدأ.

حمض الفوريك يستحدم في صناعة الزجاج، وإزالة صبغة الصدأ وفي الصناعات الالكترونية والبترولية، حمض الكبريت وحمض كلور الماء وحمض الآزوت أو غيرها من الحموض اللاعضوية الأخرى الشائعة التي تسبب حساسية جلدية.

حمض كلور الماء يستعمل من قبل عمال المباني لتنظيف حجارة البناء ولكن قد تستعمل أحياناً لتنظيف اليدين.

حمض الخل وحمض الأكزاليك هي أشيع الحموض العضوية استخداماً. الحمض اللامائي مثل حمض اوفناليك اللامائي هي حمض مخرشة كبيرة وقوية وأكثر من الحموض السابقة.

حساسية الأحذية

Shoe Dermatitis

نوع شائع من الأكزيما تصيب الأطفال والبالغين.

المظاهر السريرية:

هو نوع شائع من أكزيما التماس تحدث بسبب الأحذية أو المواد الكيماوية المستخدمة في الصناعة والخياطة.

الحساسية عادة تكون بسبب الجلد المطاطي وهو السبب الرئيسي. المؤرجات الأخرى مثل الأصبغة، الكروميوم والفورمالداهيد ذات تأثير هام. الكروميوم ينشأ تدريجياً من كولاجين جلد الحذاء بتأثير الحموض الهيدروكسيلية الموجودة في العرق خاصة عندما يلبس الحذاء بدون جوارب. المكان الأول الأكثر إصابة هو السطح الظهري للأ صبع الكبير وبين الأصابع وأخيراً ينتشر بالامتداد إلى الأباض الأخرى وظهر القدم.

الآفات الجلدية قد تكون حادة مع حمامي ونز.

الأنتان الثانوي شائع.

الآفات المزمنة جافة ومتحززة.

التشخيص:

وجود جلد طبيعي ليس على تماس مع الحذاء بين المناطق المتأكزمة هو مهم عادة في تشخيص حساسية الأحذية.

تحديد نوع المحسس الجلدي في حساسية الحذاء بواسطة اختبار البقع.

المعالجة:

الوسائل العامة:

1 ــ تجنب استخدام الأحذية المدبوغة والمصبوغة ــ يجب ملاحظة أن بطانة الحذاء تحتوي على الفينولات والزئبق العضوي. تلك المواد قد تسبب تسمم ارتكاس خاص وحساسية شديدة عند الرضع والأطفال الصغار.

الشكل رقم 194: أكزيما الحذاء (حادة)

الشكل رقم 195: أكزيما الحذاء

الشكل رقم 196: أكزيما تماس حادة (جوارب)

الشكل رقم 197أ: أكزيما الحذاء المزمنة

2 ــ المرضي المصابون بحساسية الحذاء يمكن أن يستخدموا أنواعاً خاصة من الأحذية المحضرة من مواد غير محسسة مثل حذاء بلووم " Bloom,s shoes. "

3 ــ استخدام جوارب مصنعة من القطن ماص للعرق.

4 ــ معالجة فرط التعرق.

المعالجة الفعالة هي نفسها المطبقة في الأنواع الأخرى من أكزيما التماس.

حساسية الجوارب

Stocking Dermatitis

في الجوارب النايلون هي السبب الرئيسي في أكزيما التماس، فهي ذات حساسية متصالبة Azoأصبغة الـــ مع البارافنيل ديامين ومرتبطة كذلك بالمواد الكيماوية ــ المطاطية وخيوط النايلون الموجودة في الجوارب وقد تسبب أكزيما تماس أيضاً.

المظاهر السريرية:

(148/2)

الجزء الأعلى من القدم، الناحية الاربيه هي الأماكن الأكثر إصابة. عند الفتيات اللواتي يستعملن جوارب نايلون طويلة فإن منتصف الفخدين يصاب بشكل شائع.

عند الذكور الذين يستعملون جوارب قصيرة حاوية على بلاستك مطاطي في النهاية العلوية للساق قد يحدث أكزيما تماس بسبب المحتوى المطاطي للجزء المشدد من الجوارب.

الشكل رقم 197 ب: حساسية الجوارب

التشخيص:

باختبار البقعة من أجل التعرف على المحسس المتوقع.

أكزيما الجلود و المطاط:

المطاط هو سبب شائع لاكزيما الحذاء خاصة مضادات الأكسدة الحافظة مثل مونوبنزيل هيدروكنيون الذي قد يسبب أيضاً نقص اصطباغ الجلد.

المواد التي تستعمل في صناعة المطاط قد تسبب اكزيما تماس خاصة عند وجود فرط تعرق.

المركبات المطاطية تستعمل أيضاً في تصنيع القفازات ــ الأحزمة المطاطية و المواد اللاصقة البلاستر المستعمل للجروح مثل Dermacil, Sterr Strip" وبلاستر "Band AID.

المراجع

Raesaenen L, Lehto M, Reunala T. Decreased monocyte production of interleukin-1and impaired lymphocyte proliferation in atopic dermatitis. Arch Dermatol Res 1987; 279: .18–215

1

Zesch A. Adverse reactions of externally applied drugs and inert substances. Dermatosen 1988; .33–128 :36

2

Hezemans-Boer M, Toonstra J, Meulenbelt J et al. Skin lesions due to exposure to methyl bromide. Arch Dermatol 1988; .21–917 :124

3

Hostynek JJ, Patrick E, Younger B et al. Hypochlorite sensitivity in man. Contact Derm 1989; 20: .7–32

4

Jackson EM, Goldner R ,eds. Irritant Contact Dermatitis. New York: Marcel Dekker , .1990

5

Middleton JD. The mechanism of action of surfactants on the isolated stratum corneum. J Soc Cosmet Chem 1969; .412–20:399

6

Pryce DW, White J, English JSC et al. Soluble oil dermatitis: a review. J Soc Occup Med 1989; 39: .8–93

7

Rycroft RJG. Soluble Oil as a Major Cause of Occupational Dermatitis. Cambridge: University of Cambridge,) 1982dissertation.(

8

Verbeck SJA, Buise-van Unnik EMM, Malten KE. Itching in office workers from glass fibres. Contact Derm 1981; 7: .354

9

Fisher AA .Contact Dermatitis, 3rd edn. Philadelphia: Lea and Febiger.1986 ,

10

Foussereau J, Benezra C, Maibach HI. Occupational Contact Dermatitis. Copenhagen: Munksgaard, .1982

11

Fregert S. Manual of Contact Dermatitis, 2nd edn. Copenhagen: Munksgaard,

.1981

12

Caron GA, Calnan CD .Studies in contact dermatitis XIV. Resorcin. Trans St John‘s Hosp Dermatol Soc.56–149 :48 ;1962

13

Correia S, Menezes Brand?o F. Contact dermatitis of the feet. Dermatosen 1986; 34: .5–102

14

Sugai T, Yamamoto S. Decrease in the incidence of contact sensitivity to formaldehyde. Contact Derm 1980; .154 :6

15

Cronin E. Studies in contact dermatitis: XIX. Nylon stocking dyes .Trans St John‘s Hosp Derm Soc 1968; 54: .9–165

16

Dahl MV. Allergic dermatitis from footwear. Minnesota Med 1975; 58: .4–871

17

Fisher AA. How to obtain shoes free of common sensitizers. Cutis 1973; 12: .678

18

(150/2)

الفصل السابع والعشرون التهاب الجلد الزهمي

Seborrheic dermatitis

هو مرض إلتهابي مزمن يصيب مناطق البشرة الدهنية من الجلد والفروة. يتظاهر المرض بقشور دهنية أو رطبة أو جافة وبقع مصفرة متقشرة، ويصاحبه أيضاً حكة وقد يترافق مع بعض الحالات الجهازية مثل الداء السكري، تتناذر سوء الامتصاص "السبرو"، الأطفال البدينين ومع بعض المرضى المصابين بحساسية الذهب.

سبب التهاب الجلد الزهمي غير معروف بدقة ولكنه يعتبر شذوذ استقلابي ولادي في تصنيع الزهم.

الفطور النخالية البوغية البيضوية التي هي الفطر الجلدي الذي يعتمد على وسط زيتي، يتواجد لدى عدد كبير من المرضي الزهميين خاصة في الفروة.

العوامل المؤهبة مثل تناول الدسم بكثرة، التورات النفسية والعصبية ــ فرط التعرق قد تلعب دوراً وسيطاً في الآلية المرضية لالتهاب الجلد الزهمي. الميل لانتان بالمبيضات البيض والجراثيم شائع عادة عند المرضي المصابين بالتهاب الجلد الزهمي.

الشكل رقم 198: التهاب الجلد الزهمي

الشكل رقم 199: التهاب الجلد الزهمي

الشكل رقم 200: التهاب الجلد الزهمي

الشكل رقم 201: التهاب الجلد الزهمي

الشكل رقم 202: التهاب الجلد الزهمي

الشكل رقم 203: التهاب الجلد الزهمي

المظاهر السريرية:

الأماكن التي تصاب هي الفروة، الحاجبين ــ الأجفان ــ الطيات الأنفية الشفوية - الإبطين من الناحية القصية ــ مناطق السرة ــ الخاصرتين والمنطقة المغبنية.

آفات الجلد هي بقع حمامية ذات حجوم مختلفة وأشكال متنوعة مغطاة بقشور دهنية. آفات الفروة تظهر بشكل قشرة دهنية ناعمة. قد تنتشر الآفات إلى خط الشعر من الفروة لتصيب الحاجبين والطيات الأنفية الشفوية ــ الوجه ــ الأذنان وظهر الفروة.

الشكل رقم 204: التهاب الجلد الزهمي

(قشور دهنية في الفروة والجلد)

في عدة حالات قد تغطي البقع كل المناطق الزهمية.

(1/3)

التهاب الجلد الزهمي عادة يترافق مع تساقط الشعر وهو سبب شائع للصلع عند البالغين. الحكة متفاوته لكنها عادة خفيفة.

التهاب الجلد الزهمي ذو سير مزمن، وقد يصبح معمماً ويترافق مع التهاب جلد توسفي (Exfoliative

(Leiner's disease.) تعرف باسم داء (Erythroderma) أو حمامي معممة (dermatitis

التشخيص التفريقي:

1 ــ الصداف: قد يكون صعب التشخيص والتفريق عن التهاب الجلد الزهمي خاصة الذي يصيب الفروة. إصابة الأماكن الزهمية الأخرى والبقع المتقشرة الدهنية قد تساعد في التشخيص التفريقي. آفات الصداف لا تمتد عادة ولا تتجاوز خط الشعر بل عكس التهاب الجلد الزهمي الذي قد يمتد ليصيب الحاجبين والأجفان والوجه.

2 ــ الحصف الجلدي: يصيب الفروة والتهاب الأجربة، لايوجد قشرة (نخالية) دهنية والآفات عادة موضعية.

3 ــ النخالية الوردية: يمكن تفريقها بوجود بقعة الطليعة، التوزع النموذجي للآفات حول خطوط الأضلاع (شجرة عيد الميلاد) ــ القشور الملتصقة في الأطراف وبقع ناقصة الصباغ في الوسط.

4 ــ السعفة الجسدية والإربية: تتميز بحواف فعالة من الآفات، القشور الغير دهنية الجافة وتجديد الفطور المسببة من الكشاطة المأخوذة من الحواف المحيطة الفعالة للآفات السعفية.

التهاب الجلد الزهمي الطفلي

Infantile seborrheic dermatitis

التهاب الجلد الزهمي الطفلي هو مصطلح يستخدم لوصف بعض الأمراض الجلدية الزهمية المختلفة مثل (، آفات الثنيات ــ الصداف الطفلي وتناذر "لاينير".Cradle capقبعة المهد)

) مع التهاب الجلد الزهمي عالي جداً مما يتوقع Atopic dermatitisمعدل حدوث الحساسية الاستشرائية(أن بعض الأطفال المصابين بالتهاب جلد زهمي من الممكن أن يكون لديه قابلية للحساسية الاستشرائية.

" هي جزء من فلورا الجلد الطبيعية قد يكون لها دور في حدوث المرض P .ovaleالجراثيم الفطرية " وهذا يلاحظ نتيجة لاستجابة الالتهاب الجلد الزهمي للكيتوكونازول موضعياً.

(2/3)

معالجة التهاب الجلد الزهمي:

عند الولدان والأطفال الصغار قد تتطلب فقط أدوية خفيفة بالمقارنة مع البالغين.

آفات الجلد: آفات خفيفة في الجلد تخف عادة بواسطة مرهم الهيدروكورتيزون.

الحالاتLococorten vioform , Pufexamac, المعتدلة: مرهم هيدرو كورتيزون مشاركة مع (
)) أو المركبات الحديثة مثل مركبات "الأزول".flogocid

الحالات الشديدة: الستيرويدات المفلورة قد تستعمل آخذين بعين الاعتبار التأثيرات الجانبية.

المستحضرات الموضعية بالمشاركة مع مضادات الحيوية أو الايتراكونازول يمكن أن يستخدم في الحالات المختلطة بانتان فطري أو جرثومي ثانوي.

"Pufexamac ,في معظم الحالات من التهاب الجلد الزهمي عند الرضع والأطفال يمكن استخدام: "
"Flogocid cream.

هذا المركب خالي من الستيرويدات وهو فعال أيضاً كمضاد فطري ومضاد جرثومي. وهذا الدواء آمن وفعال ويعطي نتائج جيدة.

آفاة الفروة:

" ويستعمل مرة Nizoral or zincon shampooالحالات الخفيفة: قد تحتاج شامبو بسيط وخفيف مثل :"
كل يومين أو حسب الحالة.

) مع شامبو Lococorten lotion , Locoid scalp lotionالحالات المتوسطة: محلول هيدروكورتيزون (
خفيف.

الحالات الشديدة: كوريتكو ستيرويد مفلور بشكل محلول قد نحتاج له لمعالجة الحالات المتكررة والمزمنة
)).Polytar or zincon shampooوقد تستفيد كذلك من الشامبو الحاوي على القطران مثل

التهاب الجلد الزهمي في الأجفان: شامبو خفيف مثل شامبو الأطفال عدة مرات ويطبق مرهم عيني هيدروكورتيزون مرتين يومياً لفترة قصيرة.

) للأطفال الأكبر والبالغين لفترة قصيرة وقد يعطي نتائج جيدة، سلفات Nizoralيمكن استخدام شامبو (
) هو فعال في التهاب الجلد الزهمي.Selsunالسلينيوم شامبو (

الاستخدام المتكرر لمثل تلك الشامبونات قد يسبب تساقط شعر ويجب الانتباه للعين أثناء غسيل الفروة لأن الشامبو قد يؤدي لحدوث حساسية أؤ التهابات بالعين والجفون.

(3/3)

التهاب الجلد الزهمي في الفروة عادة يختلط بانتان جرثومي ثانوي مثل التهاب الأجربة.

) يمكن أن (Dalacin T lotion) أو الكليندامايسين (Eryderm محلول مضاد حيوي مثل الاريثرومايسين (

يطبق مرتين يومياً على الفروة.

الانتانات الجرثومية للفروة يجب معالجتها قبل استعمال الستيروئيدات القشرية حيث أن هذه المركبات قد تؤدي إلى تفاقم الحالة. السيطرة على الانتانات الجرثومية باستعمال الصادات الحيوية فموياً مثل

" قد تستطب في الانتانات الواسعة والشديدة. الدوكسي Zithromax السيفالوسبورين، الاريثروسين أو " سكلين ــ المينوسكلين والتتراسكلين لاتعطي للأطفال لكن هي ذات تأثير جيد عند البالغين.

قبعة المهد (طاقية المهد)

Cradle cap

هي شكل خفيف من التهاب الزهمي، يصيب الرضع الحديثي الولادة. تبدو المظاهر الجلدية بشكل قشور) وزؤانا ت في الوجه.Milia دهنية ملتصقة تصيب قمة الفروة، تترافق عادة مع الدخنيات (

بعض الكتاب والمؤلفين يعتبرون هذا الشكل هو استمرار للطلاء الدهني الذي يغطي فروة الوليد بعد الولادة.

المظهر السريري:

قشور ملتصقة صفراء دهنية ومتورمة وحمامية تغطي الفروة خاصة في قمة الرأس والحاجبين.

قد تمتد الآفة لتصيب العنق، خلف الأذنين ــ الصدر ــ الإبطين والناحية الإربية. البقع قد تتصف بحواف واضحة وعادة متناظرة.

المناطق قد تصبح متآكلة، متشققه ومهيئه للانتان الجرثومي والفطري الثانوي.

الشكل رقم 206: قبعة المهد

الشكل رقم 205: قبعة المهد

الشكل رقم 207: التهاب جلد زهمي (قبعة المهد)

المعالجة:

علاج الأشكال الخفيفة من طاقية المهد هي بسيطة وذلك بدهن الفروة بزيت الزيتون الدافئ ويترك عدة دقائق ثم تمشط المنطقة بلطف، حيث تزول القشور تاركة مكانها المنطقة خالية من القشور.

ثم تغسل الفروة بشامبو خفيف.

الشامبونات الحاوية على سلفيت السلينيوم، حمض الصفصاف، والكبريت يجب تجنبها عند الولدان بسبب إمكانية الامتصاص السمي.

, Dexalocalللأطفال الأكبر يمكن استعمال الهيدروكورتيزون لوحده أو مشاركة مع حمض الصفصاف.(

) يمكن تطبيقه بلطف وقد يعطي نتائج جيدة.Locosalon

الحالات المختلطة بانتان جرثومي أو فطري ثانوي يمكن معالجتها باستخدام المضادات الجرثومية

" كريم أو مضاد فطري موضعي مثل الايتراكونازول كريم .Muperacinالموضعية مثل "

داء لاينير (أحمرية لاينر)

Leiner's disease

هذا المرض يعتبر حالة واسعه من التهاب الجلد الدهني المنتشرة والشديدة إذ تظهر آفات جلدية أكزيمائية وحمامية واسعة جداً.

الأسباب:

5) يعتقد أنه عامل مهم.Cخلل في مناعة الرضيع مع عدم الكفاية الوظيفية للمركب الخامس من المتممة (

5 وداء لاينر هما نفس المرض بينما آخرون يتعتبرون داء لاينر Cيعتبر البعض بأن تناذر عوز المتممة إنه مرض سريري منفصل.

قد يترافق هذا التناذر مع مظاهر جهازية عامة مثل الإسهال ونقص الوزن.

الكثير من هؤلاء الأطفال يشفون عندما تتغير تغذيتهم إلى ماء الأرز وحليب البقر ويعتقد أيضاً أن الإرضاع من حليب الأم قد يكون هو المسؤول عن المرض.

الشكل 208 مرض لينير

Fig. 208Leiner's disease

يتميز المرض بالمظاهر التالية:

1 ــ التهاب جلد زهمي معمم.

2 ــ إسهال شديد معند.

3 ــ هزال شديد ونحول.

4 ــ انتانات موضعية وجهازية متكررة.

5 يعتبر مرضاً خطراً قد يهدد حياة الطفل.5C ــ داء لاينير العائلي مع سوء وظيفة

المعالجة:

معظم الحالات شديدة تحتاج إلى استشفاء.

توازن السوائل والشوارد.

بلازما طازجة.

ستيرويدات وصادات حيوية.

المركب بما فيه البيوتين مهم.Bإضافات غذائية للفيتامين

المراجع

Bonifazi E. Infantile seborrheic dermatitis: pathogenetic considerations and nosological aspects. Pediatr Dermatol News 1988; 21−16 :7

1

(5/3)

Yates VM, Kerr Rei, Mackie R. Early diagnosis of infantile seborrheic dermatitis and atopic dermatitis-clinical features. Br J Dermatol 1983; 6338 :108

2

Prince GE. Erythroderma desquamativa of the newborn infant. J Pediatr 1955; 47: 80−475

3

Miller ME, Koblenzer PJ. Leiner's disease and deficiency of C5. J Pediatr 1972; 80: 80−879

4

Evans DIK, Holzel A ،MacFarlane H. Yeast opsonization defect and immunoglobulin deficiency in severe infantile dermatitis (Leiner's disease). Arch Dis Child 1977; :52 5−691

5

الفصل الثامن والعشرون أنواع أخرى من حساسية الجلد

الاكزيما الانتانية

Infective Dermatitis

العضويات الدقيقة أو منتجاتها التي تنتج عندما تزول العضويات الممرضة قد تسبب أكزيما جرثومية، ويجب أن نميزها عن الأكزيما الإلتهابية حيث تختلط الاكزيما بانتان جرثومي ثانوي أو غزو فيروسي للجلد المتمزق. الجلد يصبح متحسساً لمنتجات الجراثيم أو المواد الكيماوية الموجودة في الإفرازات.

التهاب الجلد الاكزيماوي الانتاني يعتبر مثال عن حالة التحسس الذاتي.

الآلية التي يمكن للعضويات الدقيقة أن تسبب أكزيما غير معروفة إذ أن المستضدات الجرثومية يمكن أن تثير ارتكاساً سمياً خلوياً في الجلد.

المظاهر السريرية:

التمييز بين الأكزيما الانتانية والأكزيما الملتهبة قد يكون صعباً في بعض الحالات.

الأكزيما الملتهبة: تبدي حمامي ونتحة وتقشر. قد تكون النتحة منتشرة مع تقشر خفيف مع تراكم طبقات من قشور رطبة دهنية نوعاً ما. السطح الداخلي حي وأحمر.

أطراف الطفح عادة محددة الحواف وقد يكون هناك بثور صغيرة وتسحج في الحواف المحيطة.

الأكزيما الانتانية: تتظاهر عادة بمنطقة حمامي شديد مع بثور حويصلية أحياناً، وتلاحظ عادة حول الجروح الناتحة والقرحات، أو آفات جلدية رطبة من أشكال أخرى.

(6/3)

الأكزيما الانتانية شائعة نسبياً عند المرضي المصابين بقرحات الساق الوريدية لكن يجب أخذ الحيطة لتمييزها عن أكزيما التماس الناجمة عن المستحضرات الموضعية. يمكن زراعة العقد يات أو العنقوديات والآفات من المنطقة المصابة، وتستجيب هذه الأنواع للمطهرات والصادات الحيوية.

هذه الحالة يبدو أنها تحدث خاصة في المرضي ذوي المستوى الصحي المتدني كما إن فرط التعرق ولباس الأحذية الثقيلة قد تكون من العوامل المهيئة للتحسس.

الأكزيما الانتانية قد تحدث نتيجة لانتان الديدان الخيطية المزمنة وداء القمل والجرب وتشقق الجلد الناجم عن الهرش المتكرر.

التشخيص التفريقي:

) : عند الأطفال يجب تمييز هذه الحالة عن الجلاد الحمضي Plantar eczemaالأكزيما الأخمصية(

(الشبابيJuvenile plantar dermatoses. (

): قد تصبح اكزيمائية أيضاً بسبب فرط نمو العضويات سالبة الجرام.pedis. Tسعفة القدم (

الشكل رقم 209: اكزيما أنتانية

الشكل رقم 210: اكزيما أنتانية

المعالجة:

تجنب ومعالجة العوامل المؤهبة.

أدوية مضادة للجراثيم موضعية قد تكون فعالة في الأشكال الخفيفة من الأكزيما الانتانية الناجمة عن الجراثيم.

الصادات الحيوية الجهازية: الخط المهم في المعالجة هو معالجة الانتان بصاد حيوي مناسب.

في الآفات الاحتقانية الحادة النازه: مغاطس برمنغنات البوتاسيوم قد تفيد لمدة 2 ـــ3 أيام الأولى، بالمشاركة مع صادات حيوية موضعياً وجهازياً. مضادت الهيستامين فموياً قد يحتاج لها لتخفيف الحكة التي هي عامل مهم في إحداث التسحج ورضوض الجلد مؤهبة لدخول الجراثيم إلى الجلد.

الاكزيما الحلقية (المدنرة ـــ الدرهمية)

(الاكزيما القريصية)

Discoid eczema

هي آفة أكزيمائية مزمنة تسببها عوامل متنوعة معروفة وغير معروفة. الحالة قد تسبق أكزيما استشرائية. وقد تظهر الآفة من البداية بشكل حلقي، درهمي الشكل أو قريصي على السطوح الباسطة في الأطراف، الجذع والأرداف.

(7/3)

يظهر هذا النوع من الاكزيما في مجموعة الأعمار البالغين بشكل رئيسي.

العوامل المؤهبة:

لدغ الحشرات: الآفات الشروية والحطاطية قد تصبح مزمنه في الحالات المهملة وغير المعالجة أو بسبب الحكة الشديدة والتسحج.

الأكزيما الاستشرائية في المرحلة المتأخرة: قد تظهر أكزيما قريصية في المرحلة النهائية للأكزيما التأبتية

المزمنة.

عوامل مخرشة: سواء كانت خارجية مثل الكريمات المحسسة موضعياً، المنظفات، المعادن أو من مؤرجات داخلية قد تسبب أكزيما حلقية.

جفاف الجلد: جفاف الجلد الناجم عن عوامل مختلفة مثل: كثرة الاستحمام، استخدام صوابين قلوية قوية طبية ودوائية وخشنة إذ من المعروف بأن في الأعمار الكبيرة يميل الجلد ليصبح أكثر جفافاً.

التحسس الذاتي:

الارتكاس الدوائي: الناجم عن أدوية مختلفة مثل السلفوناميدات والمثيل دوبا حيث قد تظهر آفة الدواء الثابتة على موقع أكزيما سابقة.

المظاهر السريرية:

النمط الحاد:

الآفات الجلدية هي لويحات حطاطية حويصلية درهمية الشكل بثرية على قاعدة حمامية. قد يحدث سطح ناز مع تسحج ناجم عن الحكة أو الفرك يتلوه انتان جرثومي ثانوي. من المظاهر المميزة للأكزيما القرصية هو أن البقع التي تبدو هادئة قد تصبح فعالة ثانية خاصة إذا توقفت المعالجة.

الشكل المزمن:

الأكزيما التأبتية في الطفولة تميل لأن تصبح أكزيما قريصية أخيراً.

حالات الأكزيما القريصية المزمنة ذات قصة تأبتية عادة.

في المرحلة المزمنة: الآفات هي آفات درهمية الشكل جافة ومتسحجة، قد تكون مفردة أو متعددة وقد تترافق مع حكة شديدة تزداد مع عدة عوامل مخرشة مثل التوترات العصبية والإجهاد.

الآفات الثانوية قد تحدث متأخرة وتصيب الجذع والأطراف. سير هذا النوع من الأكزيما مزمن جداً ويتميز بالنكس والهجوع. حيث أنه بعد شفاء الآفات يظهر اندفاع جديد متكرر على نفس المكان القديم.

الشكل رقم 211: الأكزيما المزمنة

الشكل رقم 212: الأكزيما القريصية

المعالجة:

معالجة العامل المخرش بقدر الإمكان.

ستيرويدات لوحدها أو مشاركة مع صادات حيوية أو حمض الصفصاف موضعياً مثل: " Locasalene or Diprosalic ointment" بشكل مرهم خاصة في الآفات الجلدية الجافة (Diprosalic ointment)

ويجب ملاحظة إن هذا المرهم قوي جداً ولايصرف للأطفال كما إنه يجب عدم وضعه على مناطق الجلد الرقيقة مثل الوجه، ثنايا الجلد والمنطقة التناسلية إذ قد يسبب مضاعفات غير مرغوبة.

مستحضرات مضادات الهيستامين مثل: (Cetrizine,Zyrtec tablets or syrup) تعطى لعدة أيام ويفضل قبل النوم حيث تكون الحكة أشد. في بعض الأحيان بالإضافة الى النوع الأول قد نعطي مضادات من نوع آخر من الهيستامين في حالات الحكة الشديدة التي لاتستجيب للعلاج الأول.

الستيرويدات القشرية فموياً أو بالعضل نادراً مايلزم في الأكزيما القرصية.

أكزيما عسر التعرق (فقاعات الأطراف)

Dyshydrotic eczema

أكزيما عسر التعرق هي آفة جلدية حويصلية تصيب الأصابع والمسافات بين الأصابع والأباضي.

الحويصلات ذات شكل مميز تبدو بشكل حبات نبات الشعير تحت الجلد وتحوي سائل شفاف. الحالة نادرة عند الأعمار الصغيرة وشائعة لدى البالغين.

العوامل المؤهبة:

التعرق الغزير.

عدم التوازن الهرموني.

عوامل جسمية ونفسية.

تغطية المناطق لوقت طويل كما في ترك القدمين بدون تهوية كما هو الحال عند لبس الجوارب والحذاء معظم اليوم.

الأدوية مثل البنسلين والاسبرين.

مخرشات بدائية تنجم عن: ثنائي الكرومات ــ العطور والمنظفات القوية يمكن اعتبارها من بين العوامل المؤهبة.

انتان فطري أو جرثومي يعمل كعامل مثير أيضاً كما أن الانتانات الفطرية والجرثومية عادة تصيب بشكل ثانوي المناطق عسيرة التعرق.

المظاهر السريرية:

الآفات هي حويصلات عادة متناظرة ومترافقة مع حكة شديدة أو خفيفة كما إنه قد يحدث تسحج للآفات.

الشكل رقم 213: اكزيما عسر التعرق

الشكل رقم 214: اكزيما عسر التعرق

(مع انتان جرثومي ثانوي)

(9/3)

حويصلات أكزيما عسر التعرق تزول عفوياً ولاتتمزق كما في الآفات الجلدية الحويصلية.

المعالجة:

معظم الحالات تتحسن بدون علاج.

معالجة وإصلاح العوامل المؤهبة مثل داء فرط التعرق.

الحالات الأكزيمائية الشديدة تحتاج مضادات هيستامين وستيرويدات موضعي كريم.

الكريمات مفضلة أكثر من المراهم في هذه الحالات.

الشكل رقم 215: اكزيما عسر تعرق بثرية

المسحوق مثل بودرة دكتارين بين الأصابع قد يفيد في الإبقاء على الجلد جافاً.

الجلادات الأخمصية الشبابية

(الأكزيما الأخمصية الجافة)

Juvenile plantar dermatoses

تصيب الأطفال بشكل رئيسي، قد يصاب كلا القدمين بشكل متناظر وتصبح القدمين متشققة.

العوامل المؤهبة:

احتباس العرق وتغطية القدمين بجوارب نايلون أو صوف وترك القدمين لفترة طويلة بدون تهوية هو عامل مهم مهيء للآفة.

المشي حافياً على السجاد والنايلون أو الصوف قد يؤدي إلى توليد الشحنات الكهربائية الساكنة التي قد تلعب دوراً أيضاً في جفاف الجلد.

المواد الصناعية أو الكيماوية المستخدمة في صناعة الجوارب والأحذية قد تلعب دوراً مهماً كذلك.

الشكل رقم 216: الجلاد الأخمصي الشبابي

المظاهر السريرية:

الأخمصان يصابان ويصبحان مُتعطنين ومتشققين، ويعف المرض عن المسافات بين الأصابع (الأفوات) والمناطق الحاملة للجسم.

الشكل رقم 217: الجلاد الأخمصي الشبابي

الشكل رقم 218: الجلاد الأخمصي الشبابي

طرق المعالجة:

1 ـــ تجنب المشي حافياً.

2 ـــ تجنب تغطية المناطق لفترة طويلة.

" أو الفازلين لفترة طويلة على الجلد.3Petrolum ـــ تجنب الأدوية المرطبة للجلد مثل هلام الـــ "

4 ـــ ستيرويدات قشرية موضعياً خفيفة لوحدها أو بالمشاركة مع حمض الصفصاف تستخدم لفترة قصيرة وقد يعطي نتائج جيدة.

5 ـــ الفلوروريوراسيل يمكن أن تعطي بغض النتائج عند الأطفال الكبار.

" فموياً لفترة قصيرة. A" موضعي الفيتامين" Retonic Acid الحامضي "6A ـــ فيتامين

(10/3)

(Stasis Dermatitisالاكزيما الركودية)

هي أكزيما خارجية المنشأ ترتبط باضطرابات وعائية مع قصور وريدي وهي أكثر شيوعاً عند الأعمار الكبيرة.

المظاهر الجلدية عادة تظهر على أسفل الساق في الوجه الداخلي فوق الكعب الأنسي.

الشكل رقم 219: أكزيما ركودية

تظهر الآفة بشكل حمامي أو وذمي أو مزرق بسبب الاحتقان الموضعي وقد تترافق مع حكة خفيفة، تحزز، تقرح وفرط تصبغ.

المراجع

Parish WE ,Welbourn E, Champion RH. Hypersensitivity to bacteria in eczema. IV: Cytotoxic effect of antibacterial antibody on skin cells acquiring bacterial antigens. Br J Dermatol 1976; 95: 506–493

Parish WE, Welbourn E, Champion RH .Hypersensitivity to bacteria in eczema. Titre and immunoglobulin class of antibodies to staphylocci and micrococci. Br J Dermatol 1976; 93–285 :95

2

Weismann K, Hjorth N. Microbial eczema of the feet. Br J Dermatol :107 ;1982 7–330

3

Welbourn E, Champion RH, Parish WE. Hypersensitivity to bacteria in generalized eczema. I: Bacterial culture, skin tests, and immunofluorescent detection of immunoglobulins and bacterial antigens. Br J Dermatol 1976; 94: 25–619

4

Bendl BJ. Nummular eczema of stasis origin: a morphological pattern of diverse etiology. Int J Dermatol 1979; 35–129 :18

5

Calnan CD, Meara RH. Discoid eczema - dry type. Trans St John's Hosp Dermatol Soc 1956; 37: 8–26

6

Cowan MA. Nummular eczema - a review ,follow-up and analysis of 325cases. Acta Derm Venereol 1961; 60–453 :41

7

Rollins TG. From xerosis to nummular dermatitis. J Am Med Assoc637 :206 ;1968

8

Ashton RE, Griffiths WA. Juvenile plantar dermatosis – atopy or footwear? Clin Exp Dermatol 1986; 11: 34–529

9

Graham RM, Verbov JL, Vickers CFH. Juvenile plantar dermatosis. Clin Exp Dermatol 1987; 12: 468

10
Jones SK, English JSC, Forsyth A et al. Juvenile plantar dermatosis - an eight year follow-up of 102patients. Clin Exp Dermatol7–5 :12 ;1987
11
Mackie RM. Juvenile plantar dermatosis. Semin Dermatol75–67 :1 ;1982
M"ller H.Atopic winter feet in children. Acta Derm Venereol5–401 :52 ;1972
12
Shrank AB. Aetiology of juvenile plantar dermatosis. Br J Dermatol 1979; 100: 6–641
13
Stankler L. Juvenile plantar dermatosis in identical twins. Br J Dermatol 1978; 99: 6–585
14
Hersle K, Mobacken H .Hyperkeratotic dermatitis of the palms. Br J Dermatol 1982; 107: 202–195
de Boer EM, Bruynzeel DP, Van Ketel WG. Dyshidrotic eczema as an occupational dermatitis in metal workers. Contact Derm 1988; 19: 8–184
15
Duhra P ,Ryatt KS. Haemorrhagic pompholyx in bullous pemphigoid. Clin Exp Dermatol 3–342 :13 ;1988
16
Burton JL. Venous `stasis' ulcers, stasis dermatitis and mothers' political ambitions for their offspring: Reply Br J Derm 1990; 16–715 :122
17
Fraki JE, Peltonen L, Hopsu-Havu VK. Allergy to various components of topical preparations in stasis dermatitis and leg ulcers. Contact Derm 1979; 5: 100–97
18
Breit R. Allergen change in stasis dermatitis .Contact Derm 1977; 3: 11–309
19
Ryan TJ. Venous stasis ulcers, stasis dermatitis and mothers' political ambitions for their offspring. Br J Dermatol) 715 :122 ;1990 letter(
20

الفصل التاسع والعشرون الشري والأمراض الحمامية

Erythemas And Urticaria

الحماميErythema

الحمامي تعني إحمرار الجلد الناجم عن توسع الأوعية الدموية، وهذا قد يؤدي إلى احتقان في منطقة معينة من الجلد استجابة لعوامل داخلية المنشأ أو خارجية المنشأ. الحمامي هي أول مظاهر الأمراض الجلدية وقد تكون موضعية أو معممة.

الأشكال السريرية للحمامي:

1 ــ الحمامي الموضعية: هذا الشكل يصيب بعض المناطق وتنجم عن عوامل مختلفة.

هناك عدة أسماء سريرية تصف الحمامي الموضعية منها:

) : في الراحتين، قد تظهر بسبب تشمع الكبد.Eryhema palmareالحمامي الراحية(

) : حمامي في مناطق الثنيات (المغبنية) ناجمة عن فرط Erythema intertrigoحمامي الأرفاع(الاحتكاك والتعرق.

) : ناجمة عن التعرض للبرد وتصيب الأصابع.Erythema pernioحمامي الشرث(

): حمامي الاصطلاء تحدث بسبب التعرض لأي نوع من Erythema caloricumالحمامي الحرارية (الحرارة.

) : حمامي ناجمة عن التعرض لأشعة الشمس.Erythema solareحمامي الشمس(

أنواع أخرى من الحمامي قد تظهر كاستجابة لأنواع معينه من الطعام، المواد الكيماوية الأدوية، اللقاحات (.Vasomotor instabilityــ اضطرابات المعدية المعوية وعدم ثبات المحرك الوعائي الدموي)

2 ــ الحمامي المعممة:

هذا الشكل معمم يصيب مناطق واسعة من الجلد تنجم عن عوامل جهازية. تظهر الحمامي المعممة بعد أشكال مختلفة.

الحمامي التسممية عند الوليد

Toxic erythema of the new born

هي إندفاع لطاخي عند الوليد يظهر في الأيام الثلاثة أو الأربعة الأولى من الحياة ويزول عادة في الأسبوع

الثاني.

المسببات:

سبب هذا الشكل من الحمامي عند الوليد غير معروف، ويتوقع عدة عوامل.

المنشأ الأرجي: فرط حساسية تجاه الحليب.

أدوية انتقلت إلى الجنين عبر المشيمة.

ناجم عن الإفرازات المهبلية عند الأم.

استجابة ارجية لبعض مكونات الزهم.

المظاهر السريرية:

تظهر الآفة الجلدية أولاً بشكل لطاخات حمامية، الحطاطات ـــ أو بثرات على جلد الوجه أو الأجزاء القريبة من الأطراف.

نادراً ما يصاب الراحتين والأخمصين.

الحطاطات قد تحاط ببثرات صغيرة بقطر 2 ـــ 4 سم.

في الحالات الأخف تلك اللطاخات تزول خلال يوم واحد. في الحالات الأكثر شدة تظهر الحطاطات الشروية ضمن المناطق الحمامية على الظهر والأرداف.

الحالة العامة للطفل لاتتأثر وعادة تزول الآفات بدون معالجة.

التشخيص التفريقي:

يجب تفريق الحمامي السمية عند الوليد عن:

الدخنيات البثرية: تشبه الحمامي السمية سريرياً.

انتان العقبول البسيط.

السلس الصباغي Incontinentia Pigmenti. ( )

تقيح الجلد البثري عند الوليد: تبدي البثرات خلايا بيضاء معتدلات، بينما البثرات في الحمامي السمية عند الوليد مملوءة بالحمضيات وتكون جرابية وماحول جرابية.

اللطاخات الحمامية تبدي ارتشاح ماحول الأوعية خفيف من الحمضات.

المعالجة:

الطرق الداعمة والعرضية حيث أنه لايوجد معالجة نوعية، عادة الآفات الجلدية تزول خلال عدة أيام.

الحمامي الطفحية

Exanthematous erythema

عدة أشكال من الأمراض الطفحية تتظاهر بحمامي متنوعة ونوعية لكل مرض.

الأمراض الجرثومية والفيروسية هي سبب شائع للحمامي عند الرضع والأطفال الصغار ــ الحصبة ــ الحمامي الانتانية (المرض الخامس) الوردية ــ الحمي الفرفرية ــ وبعض الأنواع الحمامي المعممة.

الحمامي الانتانية

(المرض الخامس) (داء مارغارين)

Erythema infectiosum

لقد وصفت أنواع مستوطنة من الحمامي المعممة في هولندا وألمانيا في عام 1958م عند الأطفال. ويعرف باسم (مرض مارغرين) والسبب فيروسي من بعض أنواع منتجات الألبان.

المرض ذو عدوى خفيفة، ويحدث بشكل أوبئة في الربيع والصيف.

المظاهر السريرية:

الحمامي تظهر على الأجزاء القريبة من الأطراف وأحياناً على الوجه وتنشر لتغطي كامل سطح الجلد. تظهر فجأة وبدون أي أعراض بادرية وعادة مايكون التفاعل الحمامي ذو صفات سريرية مختلفة تشبه الحمامي عديدة الأشكال، الاندفاع الحصبي الشكل والحطاطي.

الآفة الجلدية على الوجه قد تكون بمنظر طفح الفراشة مع حمامي منتشرة أو حطاطات دبوسية متجمعة على قاعدة حمامية.

الحكة شديدة، وفي اليوم الخامس تبدأ الحمامي بالتقهقر والحكة تصبح أقل.

الحمامي متعددة الأشكال

(الحمامي النتحية)

Erythema multiforme

(وقد يصيب Antigen antibody reactionهي تناذر فرط التحسس ينجم عن تفاعل ضد ــ مستضد (

الجلد والأغشية المخاطية والأعضاء الداخلية. تناذر ستيفن جونسون هو شكل سريري شديد وحاد من الحمامي عديدة الأشكال.

الشكل رقم 220أ : حمامي متعدد الأشكال

الشكل رقم 220ج : حمامي متعدد الأشكال

الشكل رقم 220ب : حمامي متعدد الأشكال

Fig. 219Erythema multiforme

الشكل رقم 220د : حمامي متعدد الأشكال

Fig. 219Erythema multiforme

المظاهر السريرية:

تبدو الآفات الجلدية بشكل لطاخات مدورة مرتشحة قليلاً بلون أرجواني غامق أو أزرق فاتح، متناظرة، ذات ميل للانتشار محيطياً.

قد يظهر أشكال مختلفة من الحمامي عديدة الأشكال وذلك يعتمد على شكل وشدة التفاعل:

قد يكون الآفات لطاخية، حطاطية، عقدية، حويصلية أو فقاعية مشكلة أشكالاً مختلفة مثل الحلقي ــ المدور ــ آفات مدفسية الشكل وأشكال فرفرية وشروية.

الآفة الهدفية الشكل (القزحية) الجزء المركزي من الآفة يبدى عادة انخفاضاً في وسطها وتكون ذات لون) وهي عادة مميزة لحمامي عديدة الأشكال.Iris lesionرمادي مزرق يعرف باسم "الآفة القزحية الشكل "(حمامي متعدد الاشكال

الأماكن الأكثر إصابة هي الظهر اليدين والأصابع والقدمين.

يتميز بارتكاسات حمامية حطاطية، شروية، فقاعية وحتى نزفية تظهر على المناطق Hebraالشكل : الجلدية المعرضة للشمس، والآفات الجلدية تأخذ شكل القزحيه المميز. الأغشية المخاطية عادة تصاب، وهذا الشكل متكرر ويسبق عادة بالعقبول البسيط الشفوي قبل بدء الحمامي.

الشكل اللطاخي الحطاطي:

(15/3)

حمامي لطاخية حطاطية. واضحة الحواف تنتشر نحو المحيط مشكلة بقع عديدة الحلقات مع شفاء مركزي وتكون الأشكال القزحية المختلفة واضحة في هذا النوع.

الشكل الفقاعي:

قد تبدي الآفات الجلدية فقاعات نزفية على قاعدة حمامية.

الشكل الفقاعي الحويصلي:

حويصلات متناثرة أو متجمعة محاطة بقاعدة حمامية قد تشخص خطأ على أنها آفات عقبولية.

الشكل اللطاخي الحطاطي:

آفات الجلد تظهر بشكل لطاخات حمراء مزرقة متوذمة أو لطاخات مسطحة ذات ميل للانتشار نحو المحيط.

تناذر ستيفن جونسون

Steven's-Johnson syndrrome

يعتبر هذا النوع شكل شديد من الحمامي عديدة الأشكال ويتظاهر بأعراض جلدية وبالأغشية المخاطية والأحشاء الداخلية.

المظاهر العامة:

قد يبدي المرض بمظاهر بنوية شديدة، حيث أن الشدة والإنذار يعتمد على العمر وسبب المرض والعلاج المبكر.

الأعراض البنوية: حمى ــ صداع ــ دعث وألم حاد في الفم والبلعوم. قد يتظاهر المرض بمظاهر شديدة مثل تسرع النبض ــ ضعف عام ــ تسرع التنفس ــ ألم بالمفاصل والتعرق. قد يكون هذا التناذر قاتلاً.

الأغشية المخاطية: التهاب الفم وهو مظهر باكر وقد يكون مشخصاً. تظهر الأغشية المخاطية تقرحاً ونزفاً ونزول اللعاب ووذمة مما قد يتدخل ذلك في الشرب والتغذية.

التهاب الملتحمة، تقرح القرنية والتهاب الأنف والرعاف هي مظاهر الأغشية المخاطية الشائعة.

المظاهر الجلدية: تظهر الآفات الجلدية بشكل حمامي عديدة الأشكال لطاخية مع ارتكاس حويصلي أو حطاطي أو قزحي الشكل.

تمزق الفقاعات يؤدي إلى سطح جلد متقرح متآكل وتزداد قابليته للانتانات الثانوية.

النزوف تحت الأظافر شائعة.

البرفريات مظهر شائع للشكل الشديد.

قد تكون الحكة شديدة جداً.

المسببات:

عدة عوامل تؤدي الى تناذر ستيفن ــ جونسون.

الكثير من الحالات مجهولة السبب.

بعض ممايلي قد يسبب التناذر:

1 ـــ الانتانات الجرثومية: دفتريا ـــ بروسيلا ـــ التدرن ـــ حمى التيفيوئيد وذات الرئة.

---

2 ـــ الانتانات الفيروسية: الحصبة ـــ العقبول ـــ لقاح الجديري ـــ ذات الرئة الفيروسية أو الانفلونزا الآسيوية.

3 ـــ الانتانات الفطرية: الفطار الكرواني ـــ داء المنسجات.

4 ـــ الانتانات بالأولي: الملاريا والتريكوموناس.

5 ـــ أمراض الغراء: الندبة الحمامية الجهازية والقريصية.

ـــ الجديري ـــ شلل الأطفال.6BCG ـــ اللقاحات :

7 ـــ الأدوية: بنسلين ـــ سلفوناميدات ـــ تريمثوبريم ـــ السلاسيلات. الفينوباربيتال ـــ الباربيتورات ـــ خافضات الحرارة والهيدرازين.

8 ـــ تناذر لوفلر قد يترافق مع الحمامي عديدة الأشكال.

9 ـــ تغيرات هرمونية.

(Fire Sponges.)السماق والافنج الناري (10Rhus ـــ التماسات الجلدية الأرجية: أكزيما)

11 ـــ الأمراض الخبيثة: لمفومات ـــ كارسينومات ـــ إحمرار الدم (الكظة الدموية) والورم النقوي وداء هودجكنز.

التشريح المرضي:

ارتشاح التهابي في أعلى الأدمة.

انتفاخ ووذمة في البشرة والأدمة.

ارتشاح التهابي حول الأوعية الدموية المتوسعة.

كريات حمراء خارج الأوعية.

التشخيص التفريقي:

انحلال البشرة النخري السمي.

أكزيما التماس الفقاعية.

الفقاع والداء الفقعاني.

الذئبة الحمامية الجهازية الفقاعية.

المعالجة:

تعتمد المعالجة على السبب وشدة المظاهر السريرية.

الحمامي المرتفعة الدائمة

Erythema elevatum diutinum

تتميز بعقيدات مدورة حمراء مرتفعة مؤلمة تترتب بأشكال حلقية. الأماكن الأكثر إصابة هي السطوح الباسطة من الأطراف واليدين.

العقيدات ذات سطح أملس ذو انخفاض مركزي، والاندفاع ذو سير مزمن قد ينتشر إلى الفم، ولاتحدث إصابة بالأغشية المخاطية والحالة العامة للمريض لاتتأثر.

الحمامي العقدة

Erythema nodosum

تتميز بعقيدات حمراء فاتحة ومؤلمة ومتناظرة مختلفة الأحجام، أشيع ماتكون على السطوح الباسطة للساقين، قد يسبق ظهور الاندفاع بعض الأعراض البنوية الخفيفة مثل الحمى، الدعث والألم العضلي والمفصلي والمرض محدد لنفسه.

(17/3)

(الحمامي العقدة قد نوقشت في فصول أخرى)

الحمامي المزمنة الهاجرة

Erythema chronicum migrans

هذا الشكل ينجم عن لدغ الحشرات مثل القراد.

يظهر الارتكاس الحمامي بشكل خواتم منتشرة نحو المحيط مع حواف مرتفعة ومركز شاحب.

الشكل رقم 221أ : الحمامي المزمنة الهاجرة

الحمامي الحلقيه الرثوية

Erythema annulare rheumaticum

هذا النوع شائع عند الأطفال المصابين بالحمى الرثوية والتهاب الشفاف القلبي الرثوي. تظهر المظاهر الجلدية بشكل خواتم بلون أحمر شاحب بحجوم مختلفة وأشكال مختلفة. الأماكن الأكثر إصابة هي الفخدين، البطن والصدر والظهر.

الحمامي الحلقية النابذة

Erythema annulare centrifugum

لهذا المرض سير مزمن، وقد يبدأ في أي عمر حتى الولدان. عند الوليد قد تكون الحمامي علامة للذئبة الحمامية الجهازية عند الأم.

الأماكن الأكثر إصابة هي الأردا فـ ـ الفخدين وأعلى الذراعين ولكن أي ناحية قد تصاب.

الآفات قد تكون موضعية في الأطراف لكن الوجه قد يصاب أحياناً.

الشكل رقم 221ب: الحمامي الحلقية النابذة (الإرتوازية)

المظاهر السريرية:

الآفات مفردة ولكن على الأغلب متعددة تظهر بشكل رئيسي على الأرداف والفخدين وأعلى الذراعين.

وهي حطاطة مرتشحة زهرية اللون صغيرة تتضخم ببطء وتظهر على شكل دوائر إذ أن المنطقة المركزية تنبسط وتتراجع، الآفات الفردية تستمر لعدة أيام أو أسابيع أو تمتد ببطء نحو الفم مع ظهور الفرفريات والتصبغات.

امتداد الآفة قد يكون غير منتظم ليترك أطرافاً مقوسة الشكل. قد تكون الحواف مسطحة تماماً أو محسوسة بسهولة، ملساء أو تبدي تقشر خفيف.

الحويصلات نادراً ماتحدث، الحكة غالباً ماتكون شديدة.

الأحمرية الجلدية

Erythrodema

الأحمرية الجلدية تعني إحمرار الجلد مع تقشر جلدي وقد تكون بدائية أو ثانوية تحدث في سياق أمراض جلدية مختلفة.

الأحمرية البدائية:

الأحمرية التقشرية (داء لاينر)

)Mycosis fungoides.الأحمرية المترافقة مع اللمفومات، داء هودجكن ــ الفطار الفطراني (

الأحمرية الثانوية: التقشر الجلدي الشديد قد يحدث في:

الاندفاعات الدوائية.

الاكزيما المزمنة.

التهاب الجلد العصبي.

الالتهاب الجلد الزهمي.

الصداف.

الدخينات النخالية الحمراء.

الشكل رقم 222: الأحمرية الجلدية

الاختلاطات الاستقلابية للأحمرية:

فرط الحرارة: احتباس التعرق ناجم عن انسداد فتحات الغدد العرقية قد يؤدي إلى فقدان حرارة الجسم خاصة عند الأطفال في المناطق المدارية.

الهزال العضلي: زيادة فعالية الاستقلاب تزيد انتاج الحرارة لتعوض الحراره المفقودة ولكن يتم ذلك على حساب هدم الأنسجة.

العضويات القلبي الوعائي: جريان الدم، حجم الدم، والحصيل القلبي قد تزداد حجمها وإذا استمرت هذه التغيرات، قد تؤدي إلى قصور قلبي وعائي.

قد يحدث سوء امتصاص واعتلال الأمعاء.

نقص البيومين الدم: التقشر الشديد يؤدي إلى ضياع البروتين والحديد إلى جانب سوء الامتصاص وخلل في التمثيل الغذائي واستفادة الجسم منه، مسبباً وذمة وفقر دم بعوز الحديد كما يؤدي أيضاً إلى نقص 12) في المصل خاصة بسبب زيادة التمثيل في البشرة المفرطة التصنع.Bفيتامين (

الجفاف وضياع الماء: تقل فعالية الحاجز الجلدي في الأحمرية الصدافية.

تصبح مختلفة نوعاً، التأثير الرئيسي هو زيادة ضياع الماء بالانتشار حيث أن التبخر يساهم في ضياع الحرارة أيضاً .

البول: يميل نحو الانخفاض وإذا كانت كمية الماء المتناوله غير كافية لأي سبب فإن الجفاف سوف ينتج.

التشخيص:

الأحمرية يمكن توقعها عند أي طفل رضيع مصاب بأحمرية تستمر من الولادة أو بعد الولادة مباشرة.

فشل النمو والإسهال.

الاستعداد للانتانات.

اعتلال العقد اللمفية أو الضخامة الكبدية الطحالية قد تساعد في التشخيص.

التشخيص التفريقي:

الأحمرية الشواكية الشكل اللافقاعية.

تناذر أومن "Omenn's."

الأكزيما التأبتية الأحمرية.

الصداف.

الشرى

Urticaria

(19/3)

/ وتكون عادة عابرة وناكسة.Wheals هو ارتكاس جلدي وعائي شائع يتميز بظهور لوحة الشرى/ وهي تورم مرتفع حمامي محاط بهالة ويترافق مع حكة شديدة وإحساس بالوخز.

الشرى قد يترافق مع تظاهرات جهازية مثل الربو ــ المغص البطني، ألم المفاصل ووذمة شديدة بالحنجرة.

الشرى شائع عند الأطفال وله عدة مظاهر سريرية وذو أشكال مختلفة ويتنوع من الشرى البسيط إلى الشكل الفقاعي الشديد.

الوذمة النزفية عند الوليد (فرفرية كوكارد) تحدث عند الأطفال الصغار جداً وهي بين الشرى والتهاب الأوعية.

الآفات الشروية تبدي توسع بالأوعية الدموية، والتفاعلات تعتمد على عدة عوامل:

الهيستامين (وسيط الشرى الشائع)، الكينين (وسيط الوذمة الوعائية العصبية).

السيروتونين، البروستاجلاندين، الانافالوتوكسين (التأقين) والاسيتايل كولوين.

العوامل التي تؤثر على الأطفال هي نفسها التي تؤثر على البالغين مع ميل لكونها حادة في الأعمار الصغيرة.

تصنيف الشرى:

يصنف الشرى حسب المسبب إلى: مناعي وغير مناعي.

الشكل رقم 223: الشرى

الشكل رقم 224: الشرى

الشكل رقم 225: الوذمة الوعائية العصبية

الشكل رقم 226: الشرى

1 ــ الشرى المناعي:

"الشكل المناعي للشري قد يكون معتمداً على IgE."

هناك عدة عوامل مختلفة يمكن أن تسبب الشرى المناعي وأهمها:

الطعام يسبب اضداد نوعية.

الديدان المعوية.

عوامل فيزيائية ناجمة عن أشعة الشمس ــ الحرارة ــ الماء ــ الضغط.

الوذمة الوعائية العائلية.

2 ــ الشرى اللامناعي:

هذا الشكل ناجم عن مواد تؤثر مباشرة محدثة إزالة تحبب الخلايا البد ينة(Mast cells.)

عدة عوامل يمكن أن تحدث الشرى اللامناعي وهي:

الطعام الحاوي على الهيستامين مثل السمك.

الأدوية.

المواد الكيماوية.

عوامل فيزيائية مباشرة.

التشخيص:

(20/3)

يجب استقصاء المريض المصاب بشرى مزمن بشكل كامل. هذا لايعني أن تجري العديد من التحاليل المنهكه للمريض مادياً ومعنوياً. تاريخ الحالة المرضية والفحص الدقيق للمريض أو استجواب أم الطفل مفيد جداً للوصول إلى تشخيص العوامل المثيرة.

الطعام: خاصة الطعام مع مواد إضافية، والحافظة والملونات.

الأدوية: المعطاة للطفل مثل المضادات الحيوية أو خافضات الحرارة مثل السالسلات.

الأمراض الجهازية:

قد يظهر الشرى مع أمراض أخرى مثل الأمراض الجهازية وعدم التوازن الهرموني.

الحشرات: النمل، البعوض قد يسبب التحسس الشديد خاصة عند الرضع الحساسين.

الشكل رقم 227: الشرى الحطاطي، آفة فرفرية

(لدغ الحشرات)

الشكل رقم 228: الشرى الحطاطي (لدغ الحشرات)

الحالة النفسية للطفل مهمة حيث أن بعض حالات الشرى تنجم عن التوترات والمرض النفسي.

الاستقصاءات:

الاستقصاءات في الشرى المزمن الناكس لا تفلح دائماً في تحديد العامل المسبب والمتهم.

بعض التحاليل مثل:

تعداد الدم الكامل بما فيه عدد الحمضات وسرعة التثفل.

رحلان البروتينات الكهربائيه المصلية(Serum protein electrophoresis. (

وظائف الغدة الدرقية.

عيار IgE.

اختبار RAST.

البول لكشف انتان متوقع.

وظائف الكبد.

المستضد السطحي لالتهاب الكبد B.

الأضداد الذاتية.

1 " استريز C.تحري المتممة بما فيها مثبطة"

تحليل البراز لكشف أي طفيليات.

صورة الصدر والجيوب الأنفية لتحديد أي بؤرة التهابية.

اختبارات التحرش بالتارترازين ــ وأضداد المبيضات قد تكون ذات قيمة عند الأطفال الكبار.

أنواع الشرى

يوجد عدة أنواع من الشرى:

(Cholinergic.الشرى الكوليني الفعل(

الشرى النفسي.

الشرى العائلي.

الشرى الذاتي (مجهول السبب).

الوذمة الوعائية العصبية.

(Urticaria pigmentosa.الشرى الصباغي(

(Papular urticaria.الشرى الحطاطي(

الشرى الفقاعي.

شرى الاستنشاق.

الشري الفيزيائي

(21/3)

العوامل الفيزيائية مثل البرد والحرارة والشمس قد تثير هذا النوع من الشرى.

شرى البرد: قد ينتقل وراثياً كصفة جسمية مسيطرة.

(يظهر بعد التعرض للبرد. تبدأ الحالة بعد الولادة وقد تستمر Wheal تظهر الآفات الجلدية بشكل شرى (مدى الحياة. النوع الآخر من الشرى يترافق مع أمراض الغراء مثل الذ ئبة الحمامية الجهازية وخلل بروتينات الدم والبيلة الخضابية.

شرى البرد الذاتي /المجهول السبب/:

هو نوع شائع من الشرى، حيث يظهر الشرى بعد التعرض للبرد ويمكن أن يزول بعد تدفئة الجلد، قد تصاب الأغشية المخاطية للفم والبلعوم والقناة المعدية المعوية.

المريض المصاب بهذا النوع من الشرى يجب أن يحذر من التعرض المفاجئ للبرد أو السباحة في ماء بارد أو الاستحمام بالماء البارد، حيث أن هؤلاء قد يتعرضون للاغماء وحتى الموت المفاجئ.

تشخيص شرى البرد يكون بتطبيق الثلج على الجلد حيث ذلك سيفاقم الآفة الشروية.

شرى الحرارة:

تظهر الآفة الشروية بسبب تحرر الهيستامين بعد التعرق المسبب بالحرارة أو بعد الحمام في ماء حار.

شرى الشمس:

تظهر الآفة الشروية بعد عدة دقائق من التعرض لأشعة الشمس، وهذه الحالة قد تترافق مع التحسس الآجل واندفاع ضيائي متعدد الأشكال.

الشرى الكتابي الجلدي – الكتوبية الجلدية

Dermographic urticaria

هو نوع شائع من الشرى. يتميز بشرى مرتفع الحواف خطي، يظهر بعد تخريش الجلد بأداة. ويترافق مع المتجول بالدورةالدموية.IgEزيادة الـــ

الثلاثية مع شرى و إحمرار متوهج قد يظهر ذلك في Lewisالضرب على الجسد يؤدي لظهور استجابة 25ـــ50% من البشر العاديين.

الشكل رقم 229: شرى الكتابة

المظاهر السريرية:

قد يثار هذا النوع من الشرى بالضغط الناجم من الثياب المشدودة أو بعد ضرب أو كحت الجلد بالقلم أو أي أداة أخرى حيث أنه بعد عدة ثواني يظهر اندفاع شروي محاط بتوهج حمامي محصور في المكان المتأثر.

وقد يترافق ذلك مع الحكة. التخريش أيضاً يؤدي إلى ظهور مثل هذه الخطوط الإحمرارية.

المعالجة:

الامتناع عن تناول الطعام المتوقع أو الدواء المتهم.

) يعتبر من العلاجات الفعالة في كل أنواع الشرى.Atarax- Hydroxyzine)

) أيضاً ذو قيمة.Zyrtec- Cetrizineمضادات الهيستامين الجيل الجديد، ستريزين (

الستيروئيدات موضعياً لاينصح بهما دائماً.

الستيروئيدات فموياً أو خلالياً فعالة بشكل مؤقت ونادراً ما تستعمل عند الرضع والأطفال.

) قد تجرب في الحالات المعندة والمزمنة.2Cimetidine مثل السيميتدين (Hحاصرات

) قد تعطى للأطفال الكبار وليس للأطفال الصغار. وهذا الدواء قد يكون فعال Periactinالسايبروهبتادين (

) أحياناً.Hydroxazineخاصة بالمشاركة مع (

مشاركة مضادين للهيستامين من مجموعتين مختلفتين قد تكون ضروري عند الأطفال الكبار في بعض الحالات التي لاتستجيب للعلاجات التقليدية.

الشرى الوراثي العائلي

Heridofamilial urticaria

1 استريز التي تثبط فعالية المكون Cهذا النوع من الشرى يورث بصفة مسيطرة ينجم عن غياب مثبطة الأول للمتممة.

المظاهر السريرية:

تبدأ المظاهر باكراً في الطفولة وتتميز بهجمات متكررة من تورم النسيج ماتحت الجلد، الشفتين، الفم والعينان.

الحالة قد تتأثر برض الجلد حيث يظهر آفات مؤلمة متكررة، غير حاكة.

الأعراض البنوية: مغص بطني شديد ناجم عن إصابة القناة المعدية المعوية قد يكون مظهراً لبعض الحالات.

القناة التنفسية: قد تُصاب وفي الحالات الشديدة تسبب اختناق عند الرضع والأطفال.

التشخيص:

يعتمد تشخيص شرى العائلي الوراثي على:

غياب الآفات الشروية النموذجية.

وذمة وعائية شديدة.

ألم بالنسيج تحت الجلد.

أعراض تتنفسية.

المغص البطني الناجم عن إصابة القناة المعدية المعوية.

4 ".2C و 1C أستريز، المتممة" Cنقص مثبطة

المعالجة:

المعالجة أحياناً غير مفيدة في كل الحالات، حيث أن معدل الوفيات يعتبر عالي.

1 "أستريز قد تكون فعالة.Cتعويض البلاسمي المجمدة الحاويةعلى مثبطة"

" أندروجين ضعيف يثبط الجونادوترفين النخامي كلاهما Danazolأبسيلون أمينوكابرويك أسيد والـــ"

أثبت أنه فعال كدواء وقائي.

الشرى الصباغي

Urticaria pigmentosa

هو مرض جلدي غير شائع يحدث خلال السنة الأولى من الحياة.

تتميز بآفات شروية يسبب تحرر الهيستامين من الخلايا البدنية الكثيرة في الجلد وقد يترافق مع مظاهر جهازية.

أشكال الشرى الصباغي:

يبدأ باكراً في مرحلة الرضاعة عادة في السنة الأولى من الحياة حيث تختلف الصورة السريرية من آفات غزيرة شروية ولطاخات مسطحة مصطبغة مع حواف غير منتظمة تظهر بعد تخريش الجلد.

يمكن إثارة الحالة ميكانيكياً بضرب الجلد السليم.

الشكل رقم 230: الشرى الصباغي الشبابي

الشكل رقم 231: الشرى الصباغي الشبابي

الشكل رقم 233 الشرى

قد تظهر آفات شروية خطية ذات حواف مثل الخرز تنجم عن تراكم الخلايا البدنية تحت الجلد.

قد تحدث نفطات أو حويصلات بسبب انفصال الوصل بين البشره والأدمة.

الشرى الصباغي قد يترافق مع مظاهر جهازية مثل المغص البطني، الإقياء، التسرع القلبي ووهج ينجم عن تحرر الهيستامين الغزير.

قد تتحسن الحاله في الشكل الطفلي أو قد تستمر حتى سن البلوغ ويتظاهر المرض عندئذ بلطاخات صباغية مسطحة.

الشرى الصباغي عند البالغين:

قد يكون ذلك استمراراً للشكل الطفلي أو يظهر في سن البلوغ. الآفات تظهر بشكل لطاخات حاكة بقطر حوالي 4 ملم مصطبغة قليلاً إذ تظهر بعد فرك أو تخريش سطح الجلد.

المظاهر الجهازية عند البالغين أكثر في الشكل الشبابي.

الشكل رقم 232: الشرى الصباغي عند البالغين

مظيفة الكبد والطحال قد تتضخمان بسبب فرط الخلايا البدينة المنتشر وقد تؤدي إلى نخر بالعظام

) وتصلب.Osteoporosis(مناقير

ملاحظة:

(24/3)

المرضي يجب أن ينتبهوا لعدم فرك الجلد بشدة خاصة أثناء أو بعد الحمام بالماء الساخن حيث أن هذا ينشط الخلايا البدنية في الجلد والطرق التنفسية مما قد يؤدي إلى وهج وهبوط ضغط، وتشنج قصبات وحتى موت مفاجئ .

المعالجة:

1 والسيروهبتادين قد تبدي بعض التحسن.Hحاصرات

2 يعتقد أن لها تأثير بسيط على تخفيف الأعراض في الشرى الصباغي.Hحاصرات

المظاهر الجهازية يمكن أن تعالج كل على حدة.

المراجع

Gollhausen R, Kligman AM. Human assay for identifying substances, which induce non-allergic contact urticaria: the NICU-test. Contact Derm 1985; 13: 106–98

1

De Groot AK, Gerkens F. Contact urticaria from a chemical textile finish. Contact Derm 1989; 20: 4–63

2

Juhlin L. Recurrent urticaria: clinical investigation of 330patients. Br J Dermatol 1981; 81–369 :104

3

Michaelsson G, Juhlin L. Urticaria induced by preservatives and dye additives in food and drugs. Br J Dermatol 1973; 88: 32–525

4

Parish WE. Possible relevance of changes in mast cells and neutrophils to perpetuation of chronic urticaria In: Champion

5

RH, Greaves MW, Kobza Black A et al ,.eds. The Urticarias. Edinburgh/ New York:

Churchill Livingstone, 85–70 :1985

6

Kobza Black A, Greaves MW, Champion RH et al. Urticaria. Br J Dermatol 1991; 124: 8–100

7

Lagunoff D. The mechanism of histamine release from mast cells. Biochem Pharmacol 1972; 21: 96–1889

8

MacDonald SM ,Lichtenstein LM, Proud LM et al. Studies of IgE-dependent histamine releasing factors: heterogeneity of IgE. J Immunol 1987; 139: 12–506

9

Parish RP Champion RH. Urticaria. London: W.B. Saunders, 1974

10

(25/3)

Parish WE Possible relevance of changes in mast cells and neutrophils to perpetuation of chronic urticaria. In: Champion RH, Greaves MW, Black AK, Pye RJ, eds. The Urticarias. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 85–70 :1985

11

Carini C. IgE immune complexes in food allergy; significance ,pathogenicity and clinical consideration. Clin Allergy 1987; 97–485 :17

12

Heavey DJ, Kobza-Black A, Barrow SE et al. Prostaglandin D 2and histamine release in cold urticaria. J Allergy Clin Immunol 1986; 61–459 :78

13

Michaelsson G, Juhlin L. Urticaria induced by preservatives and dye additives in food and drugs. Br J Dermatol 1973; 32–525 :88

14

Thompson HL, Burbelo PD, Segui-Real B et al. Laminin promotes mast cell attachment. J Immunol 1989; 143: 7–2323

15
Freeman RG, Spiller R, Knox JM. Histopathology of erythema toxicum neonatorum. Arch Dermatol 9–586 :82 ;1960
16
Harris R, Schick B. Erythema neonatorum. Am J Dis Child 33–27 :92 ;1956
Keitel HG, Yadav V. Etiology of toxic erythema. Am J Dis Child9–306 :106 ;1963
17
Levy HL, Cothran F. Erythema toxicum neonatorum present at birth. Am J Dis Child 1962; 103: 19–617
18
Wakeel RA, Gavin MP ,Keefe M. Severe toxic erythema caused by diltiazem. Br Med J 1988; 1071 :296
19
Hasan T, Jansen CT. Erythroderma: a follow-up of 50cases. J Am Acad Dermatol 1983; 8: 40–836
20
Zoon JJ, Mali JWH. The influence of erythroderma on the body. Arch Dermatol 1957; 75: 573
21
Harris DWS ,Spencer M-J, Tidman MJ. Papulo-erythroderma - clinical and ultrastructural features. Clin Exp Dermatol 1990; 15: 6.13–105
22

Uvnas B. Chemistry and storage function of mast cell granules. J Invest Dermatol 1978; 71: 80–76
23
Vella Briffa D, Eady RAJ, James MP et al .Photochemotherapy (PUVA) in the treatment of urticaria pigmentosa. Br J Dermatol75–67 :109 ;1983

24
Poynard T, Nataf C, Messing B et al. Secretory diarrhea and prostaglandin D 2 overproduction in systemic mastocytosis. New Engl J Med 1982; 307: 186.(Letter(
25
Omerod AD, Herriot R, Davidson RJL et al. Adult mastocytosis, an immunophenotypic and flow cytometric investigation .Br J Dermatol 1990; 122: 44–737
26
Rasmussen JE. Xanthelasmoidea: an unusual case of urticaria pigmentosa. Arch Dermatol 1976; 1–1270 :112
27
Sutter MC, Beaulieu G, Birt AR. Histamine liberation by codeine and Polymyxin B in urticaria pigmentosa. Arch Dermatol 1962; 21–217 :86
28
Soter NA, Austen KF, Wasserman SI. Oral disodium cromoglycate in the treatment of systemic mastocytosis. New Engl J Med 1979; 9–465 :301
29

الفصل الثلاثون الاندفاعات الدوائية
Drug Reactions

التفاعل الدوائي الجانبي يعرف بأنه مظاهر سريرية غير مرغوب بها، تتلو أوتنجم عن إعطاء دواء معين.
قد يكون الاندفاع الدوائي مناعي أو لامناعي.
1 ــ الارتكاسات الدوائية اللامناعية:
يعزى ذلك إلى عدة عوامل وهي بشكل رئيسي مايلي:
ــ فرط الجرعة: تؤدي لتأثيرات جانبية معينة تعتمد على نوع الدواء. بعض الأدوية ذات سمية كبدية كما في مشتقات الفينوثيازين ــ الاريثرميسين والازولات. الأدوية المثبطة لنخاع العظم، مضادات الهيستامين، الجريزوفولين، سلفابيريدين ــ سلفونات والكلورومايسين. الاسبرين ومضادت الملاريا، السلفونات قد تحدث انحلال الدم.

(27/3)

ــ التأثير التراكمي: قد تبدي بعض الأدوية تأثير تراكمياً جانبياً

" أو Atabrineأدوية أخرى قد تسبب ارتكاسات متنوعة مثل تغيير لون الجلد المصفر الناجم عن الاتابرين"

اللون الرمادي الغامق الناجم عن تناول مركبات الفضة.

" عند الأطفال وتساقط الشعر.Periosteal قد يؤدي إلي تورم حول السماق "Aفرط الفيتامين

2 ــ الارتكاسات الدوائية المناعية:

قد تظهر كنتيجة للحساسية الدوائية المناعية:

ــ هذا الشكل من الارتكاس الدوائي أكثر شيوعاً، وقد يثير الدواء عدة ارتكاسات جلدية تشبه معظم الأمراض الجلدية المتنوعة وقد يوجد هذا الارتكاس مع مظاهر جلدية مختلفة ومن هذه مايلي:

الشرى: بعض الأدوية تثير الشرى مثل الاسبرين، البنسلين.

الأكزيما: محسسات موضعيية مثل: المخدرات الموضعية، مضادات الهيستامين الموضعية، المضادات الحيوية الموضعية مثل النيوميسين ــ البنسلين، السالسيلاليناید الهالوجينية.

Epoxyمحسسات تؤخذ عن طريق الفم: سلفوناميد ــ نالد كسيك أسيد ــ الكلوربرومازين. بلورات الــ في مواد حشو الأسنان قد تؤدي إلى حساسية على الغشاء المخاطي للفم.

داء المصل: قد يكون سببه البنسلين ومشتقاته.

الأكزيما التوسفية: المحسسات الموضعية، المعادن الثقيلة والمضادات الحيوية.

الاندفاع الدوائي الثابت: السلفوناميدات، الباربيتورات ــ الفينول فتالئين.

التفاعل الطفحي: المضادات الحيوية، فينيل بوتازون، الثيازيد، باربتيوريت.

الحمامي عديد الأشكال: سلفوناميدات وغيرها.

نخر بشروى: الباربيتوات، الفنيل بوتازون والسلفوناميدات.

البرفرية: البنسلين وسامات الخلايا.

" مضادات التعرق ومواد التجميل المستخدمة موضعياً خاصة للطيات Zirconiumالورم الحبيبي ":

الأبطية، البروم واليود.

اندفاع يشبه الذئبة الحمامية: هيدرالازين ــ البروكا يين أميد.

(28/3)

ــ كلوربرومازين، بيوسلفان ــ المعادن موضعياً بشكل نترات الفضة في الأدوية ACTHفرط تصبغ: الموضعية كما هو الحال في الأدوية الموضعية المستعملة لمعالجة الحروق مثل "الفلامازين".

زيادة شعر الجسم: اندروجين. كورتيكوستيرويد وتستوستيرون.

حاصة (ثعلبة): سامات الخلايا (الأدوية المسممة للخلايا) ــ هيبارين. وستيروتيدات القشرية.

ارتكاس ضيائي سمي: ناجم عن أدوية الملاريا ــ الكومارين والفينوثيازين.

الأدوية الأكثر شيوعاً التي تسبب ارتكاسات جدلية هي:

مضادات الجراثيم: المضادات الحيويه فموياً أو موضعياً قد تسبب حساسية.

المضادات الحيوية الموضعية الأكثر شيوعاً الذي تسبب أكزيما تماس أرجية هي النيوميسين ــ فراميستين، فيرجينيامايسين، والباسيتراسين.

السالسيلانيد الكلوري أو البرومي، مركبات الزئبق العضوية، البنزيل ــ الكحول، السلفوناميدات.

ثايورام سلفات. اليود ــ بايوثين الذي قد يوجد في بعض الشامبونات قد تسبب ارتكاس دوائي.

المضادات الحيوية الجهازية مثل: المونوسكلين ــ الكلورام فينكول ــ البنسلين والتتراسكلين قد تسبب أنواع سريرية مختلفة من الارتكاس الدوائي.

الأمبسلين ومشتقاته قد تظهر طفح حصبي الشكل مع بداية على الأطراف قد يُصبح معمماً ويحدث ذلك عند المرضي المعالجين بالامبسيلين وعادة يحدث بعد أسبوع واحد من بداية المعالجة. التعرض التالي لهؤلاء المرضي للأمبيسلين ومشتقات البنسلين الأخرى قد تسبب الطفح الجلدي.

(Anaphylactic reaction.الأمبسلين قد يسبب ارتكاس تأقي(

ــ الأموكسيسللين: يؤدي لاندفاعات جلدية تشمل الشرى ــ الطفوح الحصبية الشكل والحطاطية اللطاخية.

اندفاع دوائي ثابت، وداء المصل.

(29/3)

بالإضافة إلى استرات حمض (Chinoform)Vioform و (Sterosanالهيدروكسي كينولون (
) الكلوراسيتاميد والكلوروكسي لينول ذات قدرة Parabans,Nipaginsالهيدروكسي بنزوئيك، الـــ (
تحسسية، والمحسسات الأقل شيوعاً هي مركبات أملاح الألمونيوم الرباعية في قطرات الأذن ومضادات التعرق.

العوامل المضادة للفطور:

معظم المركبات العضوية التي تستخدم كمضادات فطور ذات صفات محسسة مثل الهيدروكسي كينولون استرات حمض الهيدروكسي بنزوئيك، الجاديت (محسس ضيائي) ثيورام سلفات ومركبات الزئبق العضوية الديكلوروفين ـــ التولنافتات ـــ النيستانين والفنيولات الهالوجينية الأخرى (محسسات ضيائية).

العوامل المضادة للفيروسات:

اسيكلوفير ـــ امانتدين ـــ واليودوكسوريدين. قد تكون كلها محسسات.

مضادات الهيستامين:

الفنيوثيازين هي محسسات قوية، وكلها قد تسبب حساسية عندما تستعمل موضعياً كذلك.

(:Corticosteroidsالستيروئيدات القشرية)

الحساسية من هذه المركبات اكثر مما كان يعرف سابقاً. أطباء الجلدية والممارسون غالباً مايفاجئون بالتأثيرات الجانبية للستيروئيد بسبب سوء أو خطأ استعمال الستيروئيدات.
بعض المرضي الذين يعانون من تلك المشكلة الجلدية ورغم ذلك يستمرون باستخدامه بكمية مضاعفة ولفترة طويلة مما يؤدي لتأثيرات جانبية غير مرغوب بها متأخرة.

المخدرات الموضعية:

مشتقات البارامينوبنزوئيك أسيد مثل البنزوكائين ـــ الاميثوكائين ـــ البروكائين والديبوكائين هي محسسات قوية، الميبي فاكائين (كاربوكائين) والليدوكائين (ليجنوكائين ـــ والزيلوكائين) يبدو أنها محسسات نادرة.

الأدوية المضادات للالتهاب غير الستيروئيدية:

مشتقات حمض البربيونيك مثل الكيتوفين ـــ الايبوبروفن، الايبروكسام وحمض التيابروفينيك، تسبب أكزيما تماس ضيائية مع فعالية متصالبة. البنزديامين الموضعي أيضاً هو محسس ضيائي بالتماس.

الفيتامينات:

والديكسابانثينول لها المقدرة على تأثير تحسسي في المركبات الموضعية عند K , E , Aالفيتامينات الأشخاص الذين عندهم استعداد.

مركبات الأمونيوم الرباعية تستعمل كمطهرات وقد تسبب حساسية. الديكواليبنيوم والسيتريميد يحدث آفات نخرية غير عادية في نفس الشخص خاصة عند استخدامها مركزة وتحت غطاء.

الكريمات والمراهم:

اللأنولين ــ والكحول الاستيلي ــ والكحول الأولياي والكحول الستيريلي ــ الايثيلين والهكسيلين والبارابين. البروبيلين جليكول، الشمع ــ البترولبوم الأصفر والأبيض ــ زيوت الزيتون وزيت السمسم ــ العطور البولي دوكانول والمواد الحافظة معروفة بأنها مواد محسسة. الاثيلين ديامين يمكن أن تسبب حساسية جلدية أيضاً.

الشكل رقم 233أ: اندفاع دوائي ثابت (سلفوناميدات)

الشكل رقم 234: اندفاع دوائي ثابت (فينوثيزين)

الشكل رقم 235: ارتكاس دوائي (أموكسي سلين)

الشكل رقم 236: ارتكاس دوائي (ستيروئيدات قشرية)

الشكل رقم 237: ارتكاس دوائي فقاعي (الفلوكوسلين)

الشكل رقم 238: ارتكاس دوائي(دوكس سكلين)

الشكل رقم 239: ارتكاس دوائي (اكزيما توسفية)

الشكل رقم 240: ارتكاس دوائي فقاعي

الشكل رقم 241: ارتكاس دوائي (ستيروئيدات قشرية)

الشكل رقم 242: ارتكاس دوائي ثابت(بروفين)

الشكل رقم 243: ارتكاس دوائي فقاعي (امركبات الكورتيزون)

الشكل رقم 244: ارتكاس دوائي

الشكل رقم 245: ارتكاس دوائي (مركبات السلفا)

الشكل رقم 246: ارتكاس دوائي (مركبات كلنداميسين)

ارتكاسات دوائية مختلفة خاصة

الاندفاع الدوائي الثابت: طفح جلدي مستمر، يبقي لفترة طويلة ويتكرر ثانياً في نفس الموضع عندما يستخدم الدواء نفسه.

السلفوناميدات والفينول فثالثين إضافة إلى أدوية أخرى قد تسبب هذا النوع من الارتكاس.

إنحلال البشرة النخري السمي:

هو ارتكاس خطير خاصة عند الأعمار الصغيرة، يحدث ارتكاس فقاعي وحمامي واسع الانتشار وتقشر أيضاً حيث ينفصل سطح الجلد إلى شرائح، قد تكون الأعراض البنوية شديدة والحالة قد تكون قاتلة.

السلفوناميدات ــ البوتازوليدين ــ خافضات الحرارة هي أشيع الأدوية التي تسبب هذا التناذر.

التشوهات القاتلة والإسقاطات: الميثوتركسات قد تسبب مثل هذه الاختلاطات.

تناذر ستيفن جونسون: ارتكاس يشبه هذا التناذر قد يحدث بسبب السلفوناميدات المديدة التأثير.

تغيرات الأسنان: التتراسكلين المأخوذة من قبل النساء الحوامل أو الرضع قد يؤدي لنقص تصنع مينا الأسنان وتصبغها، الأسنان الدائمة قد تصاب عند الأطفال المصابين بالداء الكيسي الليفي بالبنكرياس (المعثكلة).

اعتلال أعصاب عديد: قد ينجم عن كميات كبيرة من الزئبق المستخدم في المستحضرات الموضعية والممتص من قبل سطح الجلد.

انحلال الدم: استخدام السلفونات لفترة طويلة كما في الأكزيما العقبولية وفي معالجة الجذام قد تؤدي إلى إنحلال دم.

مشاكل السمع: تنجم عن أذية العصب القحفي الثامن كنتيجة للستربتوميسين أو الكولي مايسين.

السمية الكبدية: قد تنجم عن الفينوثيازينات. ميثيل توستوستيرون واريثروميسين استيولات.

فاقة دموية وأمراض نزفية: تنجم عن تثبيط النقي بسبب الميثوتركسات. جريزوفولفين ــ بيوتازوليدين ــ مضادات الهيستامين ــ نوفوبيوسين بالإضافة إلى عدة أدوية يمكن أن تسبب هذه المشكلة.

تغيرات الأغشية المخاطية:

يمكن أن يحدث اللسان الشعري الأسود. البزموث يسبب خط أزرق على Bالمضادات الحيوية وفيتامينات طول اللثة.

معاجين الأسنان المفلورة قد تسبب التهاب صوارين والتهاب فم تقرحي.

تغيرات جلدية:

الستيروئيدات القشرية قد تؤدي إلى ضمور جلدي مباشر أو اضطرابات صباغية في الاستخدام المتكرر للستيروئيدات القوية لمدة طويلة، خاصة عند الرضع والأطفال الصغار.

(32/3)

) تؤدي إلى اضطراب في التقرن.Triparanolبعض مثبطات تشكيل الشحوم مثل (

الأظافر: الديكلومايسين قد يسبب تشظي الأظافر.

الشعر: المعالجة الكيماوية مثل الميثوتركسات قد تسبب تساقط عام للشعر .

قد يحث تساقط شعر.Aفرط تناول الفيتامين

المراجع

Korkij W, Soltani K. Fixed drug eruption. A brief review. Arch Dermatol 1984; 120: .4–520

1

Hurwitz S. Cutaneous disorders of the newborn. In: Clinical Pediatric Dermatology. Philadelphia; WB Saunders.15–14 ;1981 ,

2

Meyrick Thomas RH, Munro DD. Fixed drug eruption due to paracetamol. Br J Dermatol 1986; 115: .9–357

3

Hughes BR, Holt PJA, Marks R. Trimethoprim associated fixed drug eruption. Br J Dermatol 1987; .2–241 :116

4

Feinstein A, Sofer E, Trau H et al. Urticaria and fixed drug eruption in a patient treated with griseofulvin. J Am Acad Dermatol 1984; .17–915 :10

5

Commens C. Fixed drug eruption. Aust J Dermatol 1983; .8–1 :24

6

Alanko K, Stubb S, Reitamo S. Topical provocation of fixed drug eruption. Br J Dermatol 1987; 116: .7–561

7

Guin JD, Haynie LS, Jackson D et al. Wandering fixed drug eruption: A mucocutaneous reaction to acetaminophen .J Am Acad Dermatol 1987; 3: −399 .402

8

Alanko K, Stubb S, Reitamo S .Topical provocation of fixed drug eruption. Br J Dermatol 1987; .7−561 :116

9

Andersen KE, Maibach HI. Allergic reaction to drugs topically .Clin Toxicol 0 198; 16: 65−415. Angelini C, Vena CA, Meneghini CL. Contact allergy to antiviral agents. Contact Derm 1986; 15: .15−114

10

Bandmann H-J, Calnan CD, Cronin E et al. Dermatitis from applied medicaments. Arch Dermatol 1972; 106: .7−335

11

Beck MH, Burrows D, Fregert S et al. Allergic contact dermatitis to epoxy resin in ostomy bags. Br J Surg 1985; 72: .3−202

12

Burry JN, Hunter CA .Photocontact dermatitis from Jadit. Br J Dermatol 1970; :82 .9−224

13

Calnan CD. Diethyldithiocarbamate in adhesive tape. Contact Derm.61 :4 ;1978

14

Calnan CD, Cronin E. False positive reaction to mercaptobenzo-thiazole from rubber in eyedrop bottle. Contact Derm 1981; .4−283 :7

15

Calnan CD, Frain-Betl W, Cuthbert JW. Occupational dermatitis from chlorpromazine. Trans St John's Hosp Dermatol Soc 1962; .74−49 :48

16
Clark EW, Blondeel A, Cronin E et al. Lanolin of reduced sensitizing potential. Contact Derm 7: .3–80
17
Colver CB, Inglis JA ,McVithe E et al. Dermatitis due to intravesical mitomycin C: a delayed-type hypersensitivity reaction? Br J Dermatol 1990; 122: .24–217
18
Coopman S ,Dooms-Coossens A. Cross-reactions in topical corticosteroid contact dermatitis .Contact Derm 1960; 19: .6–145
19
Cronin E. Contact Dermatitis. Edinburgh :Churchill Livingstone 1980: .278–192
20
Cronin E. Contact Dermatitis .Edinburgh: Churchill Livingstone, 1980: 13–805and .8–832
21
Curley RK ,Macfarlane AW, King CM. Contact sensitivity to the amide anaesthetics lidocaine ,prilocaine, and mepivacaine. Arch Dermatol 1986; 122: .6–924
22
Dahlquist I, Fregert S, Cruvberger B. Detection of formaldehyde in corticoid creams .Contact Derm 1980; 6: .494
23
Shoss RG, Rayhanzadeh S. Toxic epidermal necrolysis following measles vaccination. Arch Dermatol 1974; .70–766 :110
24

Roujeau J-C, Guillaume J-C, Fabre J-P et al. Toxic epidermal necrolysis) Lyell syndrome). Incidence and drug etiology in France 1985–1981. Arch Dermatol

.42–37 :126 ;1990

25

Revuz J, Roujeau J-C, Guillaume J-C et al. Treatment of toxic epidermal necrolysis. Cretail's experience. Arch Dermatol 1987; .8–1156 :123

26

Lyell A. Toxic epidermal necrolysis (the scalded skin syndrome). Br J Dermatol 1979; 100: .86–69

27

Heimbach DM, Engrav LH ,Marvin JA. Toxic epidermal necrolysis. A step forward in treatment. J Am Med Assoc 1987; 257: .5–2171

28

Barnes RL, Wilkinson DS. Epidermal necrolysis from clothing impregnated with paraffin. Br Med J 1973; iv: .7–466

29

De Groot AC, Conemans JMH. Contact allergy to furazolidone. Contact Derm 1990; .5–202 :22

30

Deschamps D, Carnier R, Savoye J et al. Allergic and irritant contact dermatitis from diethyl-betachloroethylamine. Contact Derm 1988; .5–103 :18

31

Van Dijk E, Neering H, Vit?nyi BEJ. Contact hypersensitivity to sesame oil in patients with leg ulcers and eczema. Acta Derm Venereol 1973; .5–133 :53

32

Dohn W. Beitrag zur Frage der Chloramphenicol-Kontaktallergien .Hautarzt 1965; 16: .7–174

33

Allergenicity prediction and pharmacopoeial requirements. Contact Derm 1983; 9: 85–175, and .9–352

34

Dooms-Goosens A ,Degreef H, Coopman S. Corticosteroid contact allergy: a reality. In :Frosch

35

PJ, Dooms-Coossens A, Lachapelle J-M et al., eds. Current Topics in Contact Dermatitis. Berlin: Springer, 1989: .7−233
36

Dooms-Coossens A, Degreef H, Vanhee J et at. Chlorocresol and chloracetamide : allergens in medications, glues and cosmetics. Contact Derm 1981; .2−51 :7
37
Fisher AA. Contact Dermatitis, 3rd edn. Philadelphia: Lea and Febiger, 1986: −141 .257
38
Fisher AA. Unnecessary addition of ethylenediamine hydrochloride to 'generic' nystatin creams. J Am Acad Dermatol.30−129 :20 ;1989
39
Fregert S, M?ller H. Photo cross-sensitization among halogen-hydroxybenzoic acid derivatives. J Invest Dermatol 1964; .4−271 :43
40
Fregert S, Trulson L, Zimerson E. Contact allergic reactions to diphenylthiourea and phenylisothiocyanate in PVC adhesive tape. Contact Derm.42−38 :8 ;1982
41
Gelfarb M, Leider M. Allergic eczematous contact dermatitis. Report of a case caused by sensitization to undecylenic acid and its zinc salt. Arch Dermatol 1960; 82: .3−642
42
Gellin GA, Maibach HI, Wachs CN. Contact allergy to tolnaftate. Arch Dermatol 1972; :106
43
Goh CL .Contact sensitivity to proflavine. Int J Derm 1986; 25: .51−449
44

Cola M ,Francalanci S, Brusi C et at. Contact sensitization to acyclovir. Contact

Derm:20 ;1989

45

C?ransson K, Lidén S. Contact allergy to sorbic acid and unguentum Merck.

Contact Derm 1981; .277

46

Harris GL, Maibach HI .Allergic contact dermatitis potential of 3pyridostigmine

bromide transdermal drug delivery formulations. Contact Derm 1989; 2l: .93−189

47

Hannuksela M, Piril? V, Salo OP. Skin reactions to propylene glycol. Contact Derm

:1 ;1975

48

Hausen BM, Heesch B, Kiel U. Studies on the sensitizing capacity of imidazole

derivatives. Am J Contacf Derm 1990; 1: .33−25

49

Hausen BM, Wollenweber E, Senff H et al. Propolis allergy (1) Origin ,properties,

usage and literature review. Contact Derm 1987; .70−163 :17

50

Hjorth N, Trolle-Lassen C. Skin reactions to ointment bases .Trans St John's Hosp

Dermatol Soc 49: .40−127

51

Holdiness M. A review of contact dermatitis associated with transdermal

therapeutic systems. Contact Derm9.−3 :20 ;1989

52

Jelen C, Tennstedt D. Contact dermatitis from topical imidazole antifungals: 15

new cases. Contact Derm 1989; .11−6 :21

53

Jordan WP. Cross-sensitization patterns in acrylate allergies .Contact Derm 1975;
1: .15–13
54
Dooms-Goossens A, Degreef H. Contact allergy to petrolatums. (I) Sensitizing capacity of different brands of yellow and white petrolatums. (II) Attempts to identify the nature of the allergens.
55
Jones SK, Kennedy CTC. Contact dermatitis from tioconazole .Contact Derm 1990;
22: .3–122
56
Katz BE, Fisher AA. Bacitracin: a unique topical antibiotic sensitizer. J Am Acad Dermatol .24–1016 ;1987
57
Kinnunen T, Hannuksela M. Skin reactions to hexylene glycol .Contact Derm 1989;
21: .8–154
58
Kligman AM. Lanolin allergy: crisis or comedy? Contact Derm 1983; 9: .107–99
59
Lachapelle JM, Lamy F. On allergic contact dermatitis to virginia-mycin. Dermatologica .2–320 ;1973
60
Larsen WG. Allergic contact dermatitis to the perfume in Mycolog cream. J Am Acad Dermatol 1: .3–131
61
Levine BB. Studies on the mechanism of the formation of the penicillin antigen. I. Delayed allergic cross-reactions among penicillin C and its degradation products. J Exp Med 1960; :112
62

Leyden JJ, Kligman AM. Contact dermatitis to neomycin sulfate. J Am Med Arsoc
:242 ;1979

63

Lovell CR, Staniforth P. Contact allergy to benzalkonium chloride in plaster of
Paris. Contact Derm 1981; 7: .4–343

64

Meneghini CL, Rantuccio F, Lomuto M. Additives, vehicles and active drugs of topical medicaments as causes of delayed-type allergic dermatitis. Dermatologica
.47–137 :143 ;1971

65

Menné T, Hjorth N. Rouhne patch testing with paraben esters. Contact Derm
1988; 19: .91–189

66

Nater JP, de Groot A.C. Unwanted Effects of Cosmetics and Drugs used in
Dermatology, 2nd edn. Amsterdam :Elsevier, 1985: 108–44and passim.

67

Neumann RA, Knobler RM, Lindemayr H .Tiaprofenic acid induced
photosensitivity. Contact Derm 1989; .3–270 :20

68

Patruno C, Auricchio L, Mozzillo R et at. Allergic contact dermatitis due to
tromantadine hydrochloride. Contact Derm 1990; .187 :22

69

Puig L, Abadias M, Alomar A. Erythroderma due to ribostamycin .Contact Derm
1989; :21

70

Rajka C, Pallin 0. Sensitization to locally applied Antastene. Acta Derm Venereol
1964; :44

71

Reitamo S, Lauerma AI ,F?rstr?m L. Detection of contact hypersensitivity to topical
corticosteroids with hydrocortisone-l7-butyrate. Contact Derm 1989; .65–159 :21

72

Reynolds NJ, Harman RRM. Allergic contact dermatitis from chlorhexidine

diacetate in a skin swab. Contact Derm 1990; .4−103 :22

73

Takahashi M, Matsuo I, Ohkido M. Contact dermatitis due to honeybee royal jelly. Contact Derm 1983; 9: .5−452

74

Salo OP, Piril? V ,Viljanen E. Sensitivity to topical dequaline. Acta Allergol 1968; .6−490 :23

75

(38/3)

Schwartz BK, Glendenning WE. Allergic contact dermatitis from hydroxypropyl cellulose in a transdermal estradiol patch. Contact Dermatitis 1988; .7−106 :18

76

Shelley WB, Heaton CL. Minocycline sensitivity. J Am Med Assoc−125 :224 ;1973 .6

77

Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in Pregnancy and Lactation. Baltimore: Williams & Wilkins, .1986

78

Lenz W .Malformations caused by drugs in pregnancy. Am J Dis Child 1966; :112 .106−99

79

Miller ME, Seals J, Kaye R et al. A familial, plasma-associated defect of phagocytosis. Lancet 1968; ii: .3−60

80

Vujasin J, Petrovic D .Biotin in some erythemato-squamous dermatoses of babies. Dermatologica .3−180 :105 ;1952

81

Shono M, Hayashi K, Sugimoto R. Allergic contact dermatitis from croconazole

hydrochloride. Contact Derm 1989; 21: .7–225

82

Tennstedt D, Lachapelle J-M. Allergic contact dermatitis to 5-fluorouracil. Contact Derm.80–279 ;1987

83

Valsecchi R, Cainelli T. Contact dermatitis from ibuproxam. A case with cross-reactivity with ketoprofen. Contact Derm 1990; .51 :22

84

Van Ketel WC. Systemic contact-type dermatitis by derivatives of adamantane. Dermatosen 1988; .24–23

85

Wasilewski C. Allergic contact dermatitis from nystatin. Arch Dermatol 1970; 102: .17–216

86

Crotty RQ .Erythroderma desquamativum (Leiner's disease). Arch Dermatol 1955; .90–587 :71

87

Den Tandt W, Eggermont E, Bourgeois N. Erythroderma desquamativum. Acta Paediatr Belg 1967; 21: .50–433

88

Evans DIK, Holzel A, MacFarlane H. Yeast opsonization defect and immunoglobulin deficiency in severe infantile dermatitis (Leiner's disease .(Arch Dis Child 1977; 52: .5–691

89

Nyhan WL. Inborn errors of biotin metabolism. Arch Dermatol 1987; 123: .8–1696

90

الفصل الحادي والثلاثون مظاهر أمراض نقص المناعة الأولية

Manifestations of primary immuno-defficiency diseases

عدة مظاهر سريرية تحدث بسبب عوز الجلوبولينات المناعية. وقد تكون تلك المظاهر غير نوعية أو نوعية تتعلق بنمط معين من الجلوبولينات المناعية.

المظاهر الجلديه غير النوعية:

تحدث بسبب عدة عوامل مختلفة هي بشكل رئيسي:

الانتانات والتقرحات.

الدمامل المتكررة أو الخراجات.

القوباء الفقاعية مع عنيبات رائقة.

التقرحات الجلدية قد تؤدي إلى انتان ثانوي بالفيروسات مثل العقبول البسيط وفيروس الحلأ النطاقي ــ كلها تؤدي إلى خلل في اللمفاويات التائية.

الثآليل الفيروسية.

الآفات الحويصلية الفقاعية.

عند الرضع.IgEالظهور الحويصلي للتناذر فرط

داء المبيضات: انتانات المبيضات المخاطية أو الجلدية قد تظهر بعلامات اضطرابات عوز المناعة الشديدة خاصة عوز المناعة المختلط الناجم عن اضطرابات الخلايا اللمفاوية التائية.

الاندفاعات الحصبية الشكل نادراً ما تمثل عوز المناعة المختلط الشديد أو تناذر "دي جورج". النمشات الناجمة عن نقص الصفيحات هي مميزة جداً لتناذر "ويسكوت الدرايخ"، وقد يحدث فقر دم "فانكوني" ــ وعسر التقرن الخلقي وتناذر "شدياك هيجاشي".

الأحمريات: مشاركة الأحمرية ذات البدء الباكر مع فشل النمو قد تكون دلالة قوية لوجود العوز المناعي وهو مظهر لانوعي لعوز المناعة عند الرضع.

الأكزيما: هي مظهر مميز لاضطرابات عوز المناعة محددة مثل تناذر "ويسكوت الدريخ" وغياب Ataxia الانتقائي ورنح توسع الأوعية الشعرية IgM الانتقائي ـــ عوز IgAغاماغلوبين الدم ـــ عوز telengectasia.

الانتقائي، IgAالذئبة الحمامية: يوجد معدل متزايد للذئبة الحمامية الجهازية عند المرضي المصابين بعوز والآفات الجلدية تشبه تقريباً الذئبة الحمامية القريصية.

التناذرات المترافقة مع أمراض عوز المناعية

Syndromes associated with immuno-defficiency diseases

1 ـــ غياب جاماغلوبين الدم (داء بروتون)

هو عوز مناعي نادر ـــ يصيب الذكور ـــ يحدث كصفة مرتبطة بالجنس مقهورة خلال 6 شهور الأولى، يكون الطفل عادة محمي بواسطة الأضداد الآتيه له من أمه أثناء الحمل.

المظاهر السريرية:

IgEأكزيما لا يمكن تفريقها عن الأكزيما الاستشرائية قد تظهر عند الرضيع مع مستويات منخفضة من الجائل.

الأطفال المصابون يكون عندهم استعداد لكي يكون لديهم آفات انتانية قيحية تصيب خاصة الأذن الوسطي، الجيوب والرئتين.

الانتانات الجلدية القيحية أيضاً شائعة وتشمل الدمامل والخراجات والتهاب النسيج الخلوي. هذه الأشكال من Aالانتانات غالباً ما تحدث بالعنقوديات المذهبة والعقديات مجموعة.

أمراض رئوية مزمنة

نقص سمع

فشل النمو

الانتقائيIgA2 ـــ عوز

المظاهر السريرية:

(قاتل.Varicellaحماق)

ورم حبيبي مزمن بالمبيضات البيض.

اكزيما تأبتية أو استشرائيه وربو.

انتانات جرثومية متكررة في الطرق التنفسية.

(التهاب SLE خاصة الذئبة الحمامية الجهازية (IgAقد تكون اضطرابات المناعة الذاتية اختلاطاً لعوز

المفاصل الرثواني ــ التهاب الجلد والعضلات، فقر الدم الخبيث، البهق وبرفرية نقص الصفيحات الأساسية.

IgA وأضداد IgEالارتكاسات التأقية التالية لنقل الدم أو إعطاء الجلوبولينات المناعية، تنجم عن وجود الـــ .

الانتقائيIgM3 ــ عوز

المظاهر السريرية:

أكزيما.

ثآليل فيروسية ضخمة.

(41/3)

انتانات بالرئويات والمكورات السحائية.

4IgM ــ تناذر فرط

هو مرض وراثي مرتبط بالجنس يصيب الذكور بشكل مسيطر.

المظاهر العامة:

الانتانات الجرثومية المتكررة، خاصة التهاب اللوزتين، التهاب الأذن الوسطي وذات الرئة خاصة أثناء السنة الأولى أو الثانية من الحياة.

المظاهر الجلدية: ثآليل فيروسية كثيرة.

مظاهر الأغشية المخاطية: التهاب الفم، التهاب اللثة وتقرح فموي يحدث بشكل ثانوي لنقص العدلات.

ونقص العدلات. IgE و IgA , IgG وينخفض Ig Mاصورة الدم: يرتفع

5 ــ عوز التأيات (تناذر دي جورج ــ عسر تصنع التيموس)

(الثالث والرابع Branchial pouchesهذا التناذر يعكس التطور الشاذ في القوة الغلصمية أو الخيشوميه ((البلعومية).

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية: الأطفال المصابون يكون لديهم آفة جلدية "تشبه التهاب الجلد الزهمي" والأكزيما التأبتية والطفوح اللطاخية الحطاطية.

داء المبيضات الفموي المستمر هو مظهر شائع عند الأطفال الذين تعدوا المرحلة الوليدية.

المظاهر العامة:

غياب الغدد مجاورات الدرق.

تشوهات قلبية وفي الأوعية الكبيرة.

خلقي.Tتشوهات في الرأس والعنق ونقص تصبغ التيموس تؤدي إلى خلل خلايا

6 ـــ عوز المناعة المختلطة الشديد

يشير هذا المصطلح إلى تناذر يبدي عدة اضطرابات وراثية مميزة بنفس المظاهر السريرية والمناعية.

هذا التناذر يتظاهر باضطرابات استقلابية مع عوز الادنيوزين ديامينان، وبيورين نيكليوزيد فوسفوريلاز، وخلل في إنتاج الانترلوكين ـــ 2 .DNAعوز في البروتينات الرابط للـــ

الموت شائع في الأشهر الأولى من العمر.

المظاهر السريرية:

يظهر المريض عوز شديد واضح في وظائف كل من اللمفاويات التائية والبائية.

المظاهر في الأغشية المخاطية:

داء المبيضات الجهازي والجلدي المخاطي هي التظاهرات الأكثر شيوعاً، انتانات الفطور الجلدية قد تحدث وقد تبدو بشكل التهاب جلد حفاظي مزمن.

Ectodermalالأحمرية السماكية مع حاصة وغياب شعر الحاجبين والجفنين أو عسر تصنع الأدمة (dysplasia.(

آفات تشبه انحلال البشرة النخري السمي.

انتانات فيروسية تتظاهر بتقرحات الجلد خاصة في ناحية العجان أو الغشاء المخاطي للفم واللسان.

انتانات الحلأ النطاقي الشديدة قد تحدث.

المظاهر العامة:

Cytomegalicانتانات متكررة خاصة ذات الرئة. انتانات فيروسية ناجمة عن الحمة المضخمة للخلايا (virus.(، الحصبة والتكيس الرئوي الكاريني

الإسهال المزمن (بسبب الروتا فيروس غالباً أو الكومبيلوباكتر أو الطفيليات مثل الجيارد يالامبيا).

المعالجة:

زرع نقي العظم هي المعالجة الفعالة فقط .

"7Bare ـــ تناذر اللمفاويات الـــ"

هذا التناذر يورث بصبغة جسمية مقهورة، يتصف بخلل في تنشيط المستضدات التوافق النسجي في الخلايا .II أو I والوحيدات، سواء من النمط B و T

مطلوبة لإيجاد II و I مهمة خاصة من أجل سمية الخلايا الفيروسية وكلاً من الصنف IIالمستضدات صنف وغالبا يحدث الموت باكراً في الأطفال.Tمستضدات اللمفويات

المظاهر السريرية:

زيادة الميل لانتانات المبيضات.

انتان الرئة بعدة عضويات خاصة المتكيس الرئوي الكاريني.

إسهال شديد.

انتان دم وميل شديد للانتانات الفيروسية بما فيها العقبول البشري، وفيروس كوكساكسي وشلل الأطفال.

8Omenn's ـــ تناذر : أومن

هو تناذر عائلي بصفة جسمية مقهورة، أغلب التظاهرات جلدية ويبدي اضطراب يعكس تكاثر اللمفاويات التائية وعلى حساب اللمفاويات البائية.

المرض ذو سير سريع وقاتل، مع فشل نمو وانتان متكرر.

المظاهر الجلدية:

طفح متقشر وإحمرية جلدية متموجة.

المظاهر العامة:

ضخامة كبدية طحالية واعتلال عقد لمفية معممة.

إسهال مزمن.

قد يحدث لمفوما في بعض الحالات.

فرط اللمفاويات والحمضات.

.IgEضياع الخلايا البائية ومستويات متناقصة من كل الجلوبولينات المناعية ماعدا

المعالجة:

زرع نقي العظم هو فقط الأمل العلاجي الحقيقي لهؤلاء الرضع.

9 ــ تناذر ويسكوت ــ الدريخ

هو اضطراب محدد وراثياً ويتصف بـــ:

برفريات نتيجة نقص الصفائح الدموية.

أكزيما وانتانات متكررة.

11 الذراع XPالموت شائع في الطفولة، مورثة تناذر ويسكوت ــ الدريخ وضعت في خارطة الصبغي الطويل الصبغي 11.

تبدي اللمفاويات، والعدلات والصفيحات من المرضي المصابين تناذر ويسكوت الدريخ أن لديها تثبيط في 43) .CDبروتين السطح جلايكوز يلايت المسمي سالوفورين(

الصورة الدموية:

نقص الصفيحات: الصفيحات صغيرة وفاشلة في امكانية تجمعها مع انخفاض في إنتاجها وعددها.

الجلوبولينات المناعية:

فرط الاستقلاب الهادم للجلوبولينات المناعية.

.IgG وانخفاض IgEارتفاع

(.Isohaemaglutininsغياب الأضداد الراصة(

2 .IgGيضطرب عادة الجلوبولين تحت الصنف

تتأثر بشكل أقل شدة الاستجابات للمستضدات البروتينية بالأضداد.

الخلايا اللمفاوية: صغيرة وذات تشوهات شكلية متميزة.

المعالجة:

نقل الصفيحات الطازجة: للنزف الحاد.

استئصال الطحال: يخفف خطر النزيف، يزيد عدد الصفيحات ويحسن وظيفتها ويزيل خطر انتان الدم القاتل لكن هذا الخطر يمكن تقليله بالإعطاء الوقائي المديد للمضادات الحيوية خاصة السلفا مثل (- CO Trimoxazol.(

الجلوبولينات غاما: الإعطاء الوريدي للجلوبولينات المناعية ذو دور محد د للسيطرة على الانتان عندما

تكون المضادات الحيوية غير كافية لوحدها.

جاماجلوبولينات لايعطى عضلياً وبذلك فإنه مضاد استطباب بسبب خطر النزف مكان الحقن.

زرع النقي العظم:

الدراسة الوراثية للأهل والنساء الحاملات للمرض في العائلة شيء مهم جداً.

10Ataxia telengectasia ــ رنح توسع الشعريات

هو اضطراب وراثي جسمي مقهور يتصف بــ:

المظاهر الجلدية:

طفح حمامي متقشر واسع قد يكون مظهر باكراً عند الرضع الذين لايموتون مباشرة يترقي إلى أحمرية ويترافق مع حاصة (ثعلبة).

الضمور وفرط التصبغ المبرقع تشبه بقع القهوة بحليب.

غالباً يكون ذلك ذو توزع قطعي جلدي. الحساسية الضيائية ــ تلون رمادي باكر للشعر ــ الشواك الأسود والاكزيما كلها مظاهر شائعة.

المظاهر العامة:

مظاهر الأغشية المخاطية.

توسع الشعريات الجلدي المخاطي.

رنح مترقي.

انتانات الرئة والجيوب المتكرر.

عوز مناعة مشترك.

زيادة الميل للخباثة.

نوبات متكررة من مرض استقلابي حاد.

مظاهر عصبية واضحة مثل النوبات.

حماض لبني يحدث خلال الأيام الأولى من العمر.

قد يحدث الموت سريعاً مالم يظهر التشخيص مبكراً وتبدأ المعالجة باكراً.

التشخيص:

يؤكد التشخيص بتحديد النموذج الوصفي للحماض البولي العضوي.

التشخيص قبل الولادة يمكن الوصول اليه بعدة طرق ويمكن معالجة الأجنة بواسطة البيوتن المعطي للأم.

صورة الدم:

تعداد الدم المحيطي يظهر عادة نقص اللمفاويات وفرط الحمضات.

وخلل التائيات شائعة جداً.IgAعوز

المعالجة:

المعالجة بالبيوتين 10 ــ 40 ملغ يومياً.

11Biotinidase defficiency) ــ عوز البيوتينديز (

الكاربوكسيلات المعتمدة على البيوتين تبدو مهمة لتكوين وظيفة مناعية طبيعية.

المظاهر السريرية:

طفح حمامي متقشر يبدو على الأفوات والسطوح العاطفة والخاصرتين والإبط.

الاندفاع الاكزيمائي حول الفم غالباً يختلط مع تشخيص طفح عوز الزنك.

الحاصة من النوع المنتشر وقد يكون هناك حاصة شاملة.

المبيضات غالباً تعزل من الطفح.

سجل عوز المناعة، خاصة غياب اختبارات فرط الحساسية المتأخرة الجلدية للمبيضات وغياب استجابات اللمفاويات التائيه لمستضدات المبيضات.

التشخيص:

وجود مستويات بيوتن البول والمصل منخفضه ومستوي البيوتينديز المصلي المنخفض يثبت التشخيص.

المعالجة:

المعالجة بالبيوتن 5 ــ 10 ملغ / يوم فعالة جداً غير إن حالات العمي والصم الناجمين عن المرض غير المعالج لفترة طويله قد لاتشفي.

12Griscili's Syn ــ تناذر غريشيللي

هو اضطراب نادر، يحتمل أنه ينتقل وراثياً كصفة حجمية مقهورة، وفيه يترافق عوز المناعة المشترك مع
) وغياب خلايا "لانغرهانس" الجلدية. شعر الحاجبين والأجفان تظهر بلون رمادي Albinismمهق جزئي(
فضي منذ الطفولة الباكرة.

)13Neutrophil disorders ــ أمراض العدلات(

هذا التناذر قد يكون خلقياً أو مكتسباً.

نقص العدلات الخلقي: نقص العدلات المزمن المستمر في الطفولة يؤدي إلى معدل وفيات عالي وهو يورث بصفة جسمية مقهورة أو صفة جسمية قاهرة.

نقص العدلات المكتسب: قد ينجم عن الأدوية ونقص تصنع نقي العظم وتظهر أيضاً بشكل عابر في سياق الأمراض الحموية (ذات الحمى).

المظاهر العامة:

البداية عادة خلال الأشهر الأولى من الحياة إذ تبدو العدلات مسؤولة بشكل رئيسي عن حماية هذه السطوح من الجسم التي تكون على تماس مباشر مع البيئة الخارجية.

انتانات الجلد المتكررة:

عندما يكون عدد العدلات أقل من 500/ملم، يكون المريض في خطر معتبر للانتان.

الخراجات الجلدية، الدما مل ــ التهاب النسيج الخلوي هي الأشكال الأكثر شيوعاً من الانتان مثل التهاب الأذن الوسطي، التهاب الفم واللثة شائعة وهي عادة تحدث بسبب العنقوديات المذهبة وأقل شيوعاً الضويات وسلالات الزوائف (سيودوموناس).E. Coliسلبيات الجرام مثل

الانتانات الجهازية:

الانتانات الشائعة الأخرى تشمل خراجات الرئة ــ ذات الرئة ــ التهاب السحايا وانتان الدم وهي اختلاطات خطيرة.

انتانات فطرية هي مشكلة خاصة الناجمة عن الرشاشيات (اسبرجبليوس) والمبيضات.

الاندفاع الاكزيمائي حول الفم: غالباً يختلط تشخيصها مع طفح عوز الزنك.

المعالجة:

زرع نقي العظم.

نقص العدلات الخلقي:

هو اضطراب وراثي جسمي قاهر وفيه تزول العدلات الجائلة في فترات منتظمة خلال حوالي 21 يوم.

المظاهر السريرية:

المظاهر التي تظهر أولاً في الطفولة هي:

ارتفاع حرارة متكرر.

تقرح الفم.

اعتلال عقد لمفية رقبية.

داء الدمال الجلدي.

المعالجة:

(46/3)

الحالة تميل للتحسن عفوياً بعد عدة سنوات. المعالجة بالمحببات الانسانية والعامل المحرض للسلالة

" يبدو أنها مشجعه في العلاج.Colony stimulating factor"

نقص العدلات والتناذرات المرافقة لها

نقص العدلات تحدث أيضاً كجزء من عدة تناذرات:

نقص الكريات الشامل كما في "فقر دم فانكوني".

عسر التقرن الخلقي.

تناذر "شدياق هيجاشي".

تناذر "غريسيللي".

حدث ثانوي في أعواز المناعة البدئية.

14Fanconi's anemia ـــ فقر دم فانكوني

التناذر يورث كصفة جسمية مقهورة. الأطفال المصابون عادة يكونون صغاراً وناقصي الوزن عند الولادة. وقد تحدث الوفاة عادة خلال عدة سنوات وأول علامة للمضاعفات الخطيرة هي فشل نقي العظم.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية:

ظهور الكدمات الدموية بسهولة هو عرض باكر ويظهر عادة بعمر 4 ـــ 10 سنوات.

فرط التصبغ الجلدي والتشوهات الهيكلية هي صفات مميزة أيضاً.

) النمش ويحدث بشكل رئيسي على المناطق المعرضة Frecklesالتصبغ البني البقعي سواء يشبه (

للشمس، البطن، المناطق التناسلية والسطوح العاطفة تبدو أنها تصاب بشكل رئيسي.

نقص التصبغ اللطاخي غالباً يوجد في المناطق المصابة.

المظاهر العامة:

قصور نقي العظم المترقي أثناء الطفولة والمراهقة.

نقص الصفيحات، فقر دم، نقص الكريات البيض ونقي العظم غير مصنع.

التشوهات الهيكلية الرئيسية هي غياب أو نقص تصنع أحد الإبهامين على الأقل.

غياب أو نقص تصنع الكعبرة شائع أيضاً.

شذوذات الكلية البنوية توجد بشكل متكرر أيضاً.

لايتأثر الذكاء عادة.

يوجد معدل عالى لابيضاض الدم والخباثات الأخرى في هؤلاء الأطفال.

يوجد معدل عالي للإصابة بالداء السكري والأمراض النشوية.

المعالجة:

يمكن تحريض وظيفة نقي العظم بالستيروئيدات القشرية وبالستورئيدات الاندروجنية.

والاوكسي ميثالون.

(47/3)

زرع نقي العظم استخدم بنجاح لمعالجة المرضي، لكن يجب الحذر لتجنب استخدام العوامل

) في حالات ماقبل الزرع.Alkylating agentsالمؤلكلة(

15 ـــ عسر التقرن الخلقي

هي قصور نقي العظم مرتبط مترقي. كان في الماضي يختلط بالتشخيص مع فقر دم فانكوني.

المظاهر غير الدموية متميزة بشكل كامل.

16IgE ـــ تناذر فرط

هو حالة عوز مناعية بدائية تورث بصفة جسمية قاهرة، وتتميز بإنتانات متكررة بالعنقوديات وارتفاع

.IgEشديد بمستويات

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية:

الأطفال المصابون يظهر لديهم طفح حويصلي يظهر باكراً في الأيام الأولى من الحياة ويظهر الطفح الاكزيمائي المتسحج والبثري غالباً على الفروة.

حواف الفروة والسطوح الباسطة القريبة مثل الإبطين والخاصرتين والعنق هي أيضاً مواقع شائعة.

الانتانات الجلدية الجرثومية كالدمامل، وخراجات الجلد تميل لإصابة الفروة، الوجه والرقبة.

المظاهر العامة:

الانتانات بالمبيضات في الأذنين، الجيوب، المفاصل والأحشاء أيضاً شائعة.

داء المبيضات الفموي وانتانا ت الأظافر بالمبيضات.

الأكياس الهوائية الرئوية قد تؤدي إلى الورم الرشاشي (اسبرجيلوما).

انتانات الرئة المتكررة بالعنقوديات المذهبة، ويلاحظ الانتان أيضاً بالمستدميات النزلية والمكورات الرئوية وقد يؤدي ذلك إلى حدوث القيلات أو الأكياس الهوائية وخراجات الرئة ــ A ــ والعقديات مجموعة والدبيلات.

فشل النمو قد يسيطر في الأطفال المصابين وقد يصاب بعض المرضي بتخلخل عظام (مناقير) غير مفسر سببه إذ يؤدي ذلك إلى الميل للكسور المتكررة.

التشريح المرضي:

فرط الحمضات في الدم المحيطي قد يكون شديداً ويصل حتى 50 ــ 60%.

عالية جداً بشكل ثابت حتى عند الرضع.IgEمستويات

ارتفاع مستوياتIgD.

غير ظاهرة.IgM و IgA , IgGمستويات

الكلي الجائل. IgEزيادة كبيرة جداً في

(48/3)

في اختبارات الجلد بالوخز Wheal و Flareيبدي المريض استجابات إيجابية قوية إلى تفاعل الـــ " بالأطعمة المؤرجة وبالاستنشاق للمؤرجات الشائعة والجراثيم والفطور.Prick"

اللمفاويات في الدم المحيطي عادة طبيعية ولايوجد شذوذات في الخلايا التائية.

المعالجة:

الوقاية بالمضادات الحيوية.

يعطي السيمتيدين للمرضي ذوي الاستجابة الضعيفة للمضادات لوحدها.

يجب معالجة انتانات المبيضات بشكل موضعي بمركبات كيتوكونازول فموي أو مستحضرات مضادات الفطور الحديثة مثل الايتراكونازول.

القيلة أو الأكياس الهوائية الرئوية يجب أن تشق.

17Leukocyte adhesion deficiency ــ عوز التصاق الكريات البيض

يورث هذا الاضطراب بصفة جسمية ذاتية مقهورة، ويتصف بسوء وظيفة الكريات البيض وهذا يؤدي إلى آفات قيحية في الأنسجة سريرياً ونسجياً.

الشذوذات في وظيفة الكريات البيض موجودة أيضاً خاصة انخفاض وظيفة الخلايا الطبيعية القاتلة) ووظائف التائيات السامة للخلايا.NK)-(Natural killer-cells)

المظاهر السريرية:

التهاب النسيج الخلوي، الخراجات وتقرحات الأنسجة الرخوة المتكررة هي المظاهر الرئيسية. العضويات التي تعزل عادة من هذه الخراجات هي إما العنقوديات المذهبة أو الجراثيم سلبية الغرام مثل E.coli أو الزوا ئف (سودوموناس). التهاب الأذن الوسطي المتكرر وضعف التئام الجروح قد تكون مظاهر مهمة. انتانات المبيضات السطحية شائعة. التهاب الفم التقرحي والمرض (ماحول الأسنان) الشديد الذي قد يؤدي إلى ضياع باكر بالأسنان هو مشكلة شائعة.

التهاب البريتون شائع وسبب متكرر لاختلاطات خطيرة.

تأخر سقوط السرة والتهاب ماحول السرة.

التشخيص:

التشخيص المخبري المؤكد يعتمد على إظهار العلامات السطحية غير الكافية من:

وعلى عديدة الأشكال من اللمفاويات والوحيدات.CD11a, CD11b&,CD11c

التشخيص ما قبل الولادة متوفر ويحتاج لعينة من دم الجنين.

المعالجة:

المضادات الحيوية.

تسريب العدلات.

زرع نقي العظم.

18Chronic granulomatous disease ــ الداء الحبيبي المزمن

هو اضطراب وراثي يصيب وظيفة البالعات القاتلة للجراثيم. يتصف بوجود آفات حبيبة في بعض الأنسجة، قصر القامة، وهذه هي مظهر سريري مسيطر عند الأطفال والبالغين المصابين بالداء الحبيبي المزمن.

معدل الشفاء متنوع لكن التحسن يحدث في حوالي 50% من المرضي. عندما تبدأ الأعراض بعد سن الرضاع فإن ذلك يبشر بإنذار أفضل.

التشريح المرضي:

في الداء الحبيبي المزمن، البالعات قادرة على ابتلاع الجراثيم بشكل طبيعي لكنها لاتستطيع قتلها لاحقاً. ويوجد أيضاً نفس الشذوذ في الحمضات والبالعات وحيدات النوى. وبقاء الجراثيم المبتلعة داخل الخلايا يؤدي إلى حدوث الورم الحبيبي في العقد اللمفية، الجلد، الرئتين والكبد والقناة المعدية المعوية والعظام.

المظاهر السريرية:

البثور الصديدية عند الوليد هي العلامة الأولى والأكثر شيوعاً.

التحسس في المناطق التي حول الفم وحول فتحات الأنف والأ ذنين والفم والعينان.

آفات عقيدية وقرحات نخرية.

عقيدات تحت الجلد قد تحدث مكان اللقاح وتميل أحياناً إلى التقرح.

سوء شفاء الجروح وآفات جلدية عقيدية نازفة هي مميزة جداً ومظهر متكرر ومنتظم.

ضخامة في العقد اللمفية السطحية وتقيح فيها.

تشمل الأعراض الأخرى:

التهاب ما حول الظفر القيحي المزمن.

التهاب أجربة الفروة.

التهاب فم تقرحي.

انتانات تحدث في أعضاء أخرى خاصة الرئتين والعقد اللمفية الحشوية، الكبد والعظام.

المرض الرئوي مسيطر، ذات الرئة المتكررة، الدبيلات، خراجات الرئة.

المظاهر المعدية المعوية تشمل: سوء الامتصاص ــ خراجات ما حول الشرج والنواسير وتقرحات فموية.

المظاهر المتميزة هي آفات انسدادية تترافق مع ارتشاح حبيبي.

صورة الدم:

فرط الكريات البيض المحيطي هو مميز، ويعكس زيادة عدد العدلات الجائلة.

فقر دم ناقص الصباغ ناقص الخلايا.

زائد أو طبيعي.IgEمستويات الأصناف الثلاثة من الجلوبينات المناعية مزدادة مع مستوى

المعالجة:

العناية الصحية بالجلد.

يجب استقصاء فرط الحرارة بانتباه لإظهار موقع الانتان والعضويات المسؤولة.

يجب اختيار المضادات الحيوية بانتباه ويجب أن تكون المعالجة مركزة.

(أو Bactrim, septrin fortالمعالجة المستمرة بالمضادات، بالتراي مثوبرين ــ سلفاميثوكسازول (

التريميتوبريم لوحده، هو الخط المعياري للمعالجة الآن.

المعالجة المستمرة بمضادات الفطور مثل الكيتوكونازول لايبدو أنها فعالة في الوقاية من الرشاشيات لكن يؤمل أن يعطي الإيتراكونازول فائدة ما وهو تحت التقييم وأثبت أنه فعال جداً.

الانترفيرون تحت الجلد.

جاماجلوبولين قد يكون ذو نتائج جيدة.

نقل الدم قد يكون مطلوباً لمعالجة فقر الدم.

الستيروئيدات القشرية جهازية للإنسداد المعوي.

زرع نقي العظم.

19Schwachman syndrome ــ تناذر شواشمان

هذا التناذر قد يورث بصفة جسمية ذاتية مقهورة ويتصف بـــ:

مشاركة سوء الامتصاص وفشل النمو.

نقص العدلات بسبب قصور إفرازات البنكرياس الخارجية.

عسر تصنع غضروفي مشاشي، يميل إلى إحداث تشوهات خاصة في رأس الفخذ المصاب.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية:

وجود طفح اكزيمائي متناظر ويترافق أحياناً مع برفرية نقص صفيحات ـــ اكزيما شبيهه بتلك التي تحدث في تناذر ويسكوت ـــ الدرايخ.

قد تكون الخراجات الجلدية كثيرة وممتدة.

المظاهر العامة:

نقص العدلات هو مكون مهم من التناذر، وقد لا يظهر خلال السنوات الأولى من العمر.

نقص صفيحات قد يحدث أيضاً وقد يؤدي إلى نمشات أو نزف.

انتانات الطرق التنفسية المتكررة تكون خطيرة أحياناً.

المعالجة:

الخلاصة البنكرياسية فعالة.

معالجة الانتانات الجلدية الجهازية.

20 ـــ عوز الحبيبات النوعية للعدلات

(51/3)

العدلات تحتوي على عدة أنواع من الحبيبات، حبيبات محبة الآزور تحتوي على ميلوبيروكسيديز، أنواع مختلفة من الانزيمات الهادمة والبروتينات الشاردية ذات الصفات القاتلة للجراثيم والمضادة للفطور.

الحبيبات النوعية في العدلات أكثر عدداً من حبيبات محبة الآزوروفيل.

B.الليزوزيم توجد أيضاً في حبيبات المحبة للآزوروفيل، اللاكتوفيرين والبروتينات الرابطة للفيتامين

الشخص المصاب ذو استعداد للانتانات خاصة الخراجات الجلدية وذات الرئة المتكررة مؤدياً إلى أذية رئوية مدمرة.

21 ـــ عوز الميلوبيروكسيديز

هو شائع نسبياً ويورث كصفة جسمية مقهورة. الميلوبيروكسيديز هو مكون من حبيبات العدلات المحبة للآزور، ينقص إنتاج الأوكسي هاليد والوسائط السمية الأخري مهمة للوظيفة القاتلة للخلايا، مورثة

الميلوبيروكسيديز موضعياً على الكروموسوم (الصبغي) 17.

المظاهر السريرية:

اضطراب قتل العدلات للفطور والجراثيم في الخارج.

لا تزداد نسبة الانتانات الجرثومية.

انتانات مبيضات عميقة.

عوز المتممة

1 استريز.Cعوز المتممة

المظاهر السريرية:

انتانات جرثومية.

زيادة الميل للانتانات خاصة بالمزدوجات سلبيات الجرام مثل النايزيريا.

أمراض المناعة الذاتية.

عوز المركبات الباكرة من خلال التفعيل الكلاسيكي للمتممة يؤدي إلى مظاهر سريرية مختلفة تعتمد على نمط المتممة الناقصة.

مظاهر اعواز المتممة المختلفة.

2 يؤهب للذئبة الحمامية الجهازية عند الأطفال.1C و 4C , 1C ــ عوز

4 يترافق مع زيادة خطورة بعض الأمراض، خاصة الذئبة الحمامية الجهازية، التهاب 2C و 2C ــ عوز المفاصل الرثواني الشبابي، التهاب الكلية غشائي ووذمة وعائية.

1 استراز: يؤدي إلى الوذمة الوعائية العائلية.3C ــ عوز مثبطة

مظاهر جلدية للذئبة الحمامية.

حساسية ضيائية.

1 قد تؤدي إلى:4C ــ عوز

ذئبة حمامية جهازية.

التهاب الكلية الغشائي.

انتانات خاصة مثل التهاب السحايا، انتان الدم. التهاب فم ــ تقيح الجلد.

داء المبيضات المستمر في الفم والأظافر.

المظاهر هي:C1s و 5C1r ــ عوز

مظاهر شبه الذئبة الحمامية الجهازية.

التهاب كلية غشائي.

انتانات رئوية وخراجات كبدية.

6C4 ــ عوز

المظاهر السريرية:

ذئبة حمامية جهازية أو تناذر الذئبة الحمامية الجهازية.

مظاهر مثل برفرية هينوك ــ شونلاين أو تناذر سجوجرن.

انتانات.

7C2 ــ عوز

يبدو أنه أشيع متممة، وتبين حالياً أنه يترافق مع تنوع في الأمراض لكن الأشخاص المصابون يكونون أصحاء تماماً.

المظاهر السريرية:

قد تشبه المظاهر أمراضا مختلفة مثل:

أمراض الغراء: مثل الذئبة الحمامية الجهازية. الذئبة الحمامية القرصية، التهاب الكلية الغشائي، التهاب المفاصل الرثواني والتهاب الجلد والعضل.

برفرية هينوك ــ شونلاين.

داء كرون.

برفرية نقص الصفيحات الأساسية.

انتانات جرثومية قد تحدث أيضاً خاصة بالرئويات والمستد يمات النزلية والسائيات.

8C3 ــ عوز

3 ، التهاب السحايا بالسحائيات وذات الرئة بالرئويات هي المشاكل Cالانتانات هي المخاطر الرئيسية لعوز الرئيسية.

الصورة السريرية:

تشبه تلك الخاصة بنقص جاماجلوبين الدم.

طفوح حطاطية لطاخية عابرة مترافقة مع انتانات.

مظاهر أخرى مثل الذئبة الحمامية الجهازية والتهاب الكلية الغشائي.

9C 5, C 6, C , 7C 8, C(9 ــ عوز المتممة الانتهائية)

المظاهر السريرية:

التهاب سحايا بالسحائيات متكرر.

انتانات منتشرة بالمكورات البنية.

انتانات جلدية وخراجات تمت جلدية في بعض الحالات.

أمراض الغراء: الذئبة الحمامية الجهازية والذئبة الحمامية القرصية وداء سجوغرين الداء الرثواني الشبابي ــ تصلب الأصابع ــ ظاهرة رينو ــ والتهاب الفقار المقسط (اللاصق).

المراجع

Brestei EP, Klingberg WG, Veltri RW et al .Osteogenesis imperfecta tarda in a child with hyper-IgE syndrome. Am J Dis Child6–774 :136 ;1982

1

(53/3)

Gilson IH, Banett JH, Conant MA et al. Disseminated ecthymatous herpes varicella-zoster virus infection in patients with acquired immunodeficiency syndrome. J Am Acad Dermatol 1989; 20: 42–637

2

Gretzula J, Penneys NS .Complex viral and fungal skin lesions of patients with acquired immunodeficiency syndrome. J Am Acad Dermatol 1987; 16: 4–1151

3

Miller ME, Seals J, Kaye R et al. A familial, plasma-associated defect of phagocytosis. Lancet 1968; ii3–60 :

4

Paller AS. Disorders of the immune system. In: Schachner LA, Hansen RC, eds. Pediatric Dermatology. New York: Churchill-Livingstone, 30–129 :1988

5

Patrizi A, Masina M, Tassoni P et al. Erythroderma in infancy: a sign of

immunodeficiency? J Am Acad Dermatol 1987; 17: 5−694

6

Hill HR ,Ochs HD, Quie PG et al. Defect in neutrophil granulocyte chemotaxis in Job's syndrome of recurrent `cold' abscesses. Lancet 1974; ii19−617 :

7

Donabedian H, Gallin JI. The hyperimmunoglobulin E recurrent infection (Job's) syndrome. Medicine 1983; 62: 208−195

8

Donabedian H ,Gallin JI. The hyperimmunoglobulin E recurrent infection (Job's) syndrome .Medicine 1983; 62: 208−195

9

Buckley RH, Sampson HA. The hyperimmunoglobulin E syndrome. In: Franklin ED, ed. Clinical Immunology Update .New York: Elsevier 1981: 67−147

10

Buckley RH, Becker WG. Abnormalities in the regulation of human IgE synthesis. Immunol Rev 1978; 314−288 :41

11

Mawhinney J, Killen M, Fleming WA et al. The hyperimmunoglobulinemia E syndrome: a neutrophil chemotactic defect reversible by histamine H 2receptor blockade. Clin Immunol Immunopathol 1980; 91−483 :17

12

Morgan G, Hendrickse W, Harvey BAM et al. Treatment of the hyper-IgE syndrome with cimetidine. In: Vossen J, Griscelli C, eds. Progress in Immunodeficiency Research and Therapy II. Amsterdam, Elsevier, 1986: 20−217

13

Zachary CB ,Atherton DJ. Hyper-IgE syndrome. Clin Exp Dermatol 1986; 8−403 :11

14

Evans DIK, Holzel A, MacFarlane H. Yeast opsonization defect and immunoglobulin

deficiency in severe infantile dermatitis (Leiner's disease .(Arch Dis Child. 1977;
52: 5−691
15
Nyhan WL. Inborn errors of biotin metabolism. Arch Dermatol 1987; 123: 8−1696
16
Paller AS. Disorders of the immune system. In: Schachner LA, Hansen RC, eds.
Pediatric Dermatology. New York: Churchill-Livingstone, 1988: 30−129
17
Svejcar J, Homolka J .Experimental experiences with biotin in babies. Ann Paediatr
1950; 93−175 :174
18
Nyhan WL. Inborn errors of biotin metabolism. Arch Dermatol8−1696 :123 ;1987
19
Paller AS. Disorders of the immune system. In :Schachner LA, Hansen RC, eds.
Pediatric Dermatology. New York :Churchill-Livingstone, 1988: 30−129
20
Svejcar J, Homolka J. Experimental experiences with biotin in babies. Ann Paediatr
1950; 174: 93−175
21
Super M, Thiel S, Lu J et al. Association of low levels of mannanbinding protein
with a common defect of opsonisation. Lancet 1989; ii: 9−1236
22
Miller ME ,Nilsson UR. A familial deficiency of the phagocytosisenhancing activity
of serum related to a dysfunction of the fifth component of complement (C5).
New Engl J Med 1970; 282: 8−354
23
Vujasin J, Petrovic D. Biotin in some erythemato-squamous dermatoses of babies.
Dermatologica 1952; 3−180 :105
24

Brestei EP, Klingberg WG, Veltri RW et al. Osteogenesis imperfecta tarda in a child with hyper-IgE syndrome. Am J Dis Child 1982; 136: 6–774

25

Hill HR ,Ochs HD, Quie PG et al. Defect in neutrophil granulocyte chemotaxis in Job's syndrome of recurrent `cold' abscesses. Lancet 1974; ii: 19–617

26

Karol RA, Eng J, Cooper JB et al. Imbalances in subsets of T lymphocytes in an inbred pedigree with Omenn's syndrome. Clin Immunol Immunopath 1983; :27 27–412

27

Dreskin SC, Goldsmith PK, Gallin JI. Immunoglobulins in the hyperimmunoglobulin E and recurrent infection syndrome. J Clin Invest 1985; 34–26 :75

28

Blum R, Geller G, Fish LA. Recurrent severe staphylococcal infections, eczematoid rash, extreme elevations of IgE, eosinophilia and divergent chemotactic responses in two generations. J Pediatr 1977; 9–607 :90

29

Donabedian H, Gallin JI. The hyperimmunoglobulin E recurrent infection (Job's) syndrome. Medicine 1983; 62: 208–195

30

Walsh GA ,Richards KL, Douglas SD et al. Immunoglobulin E anti-Staphylococcus aureus antibodies in atopic patients. J Clin Microbiol 1981; 8–1046 :13

31

Buckley RH, In: Stiehm ER, ed. Immunologic Disorders in Infants and Children. Philadelphia: WB Saunders, 1989: 6–320

32

Kamei R, Honig PJ .Neonatal Job's syndrome featuring a vesicular eruption. Pediatr Dermatol 82–75 :5 ;1988

33

Hill HR, Ochs HD, Quie PG et al. Defect in neutrophil granulocyte chemotaxis in

Job's syndrome of recurrent `cold' abscesses. Lancet ;1974 ii: 19−617

34

(56/3)

Morgan G, Hendrickse W, Harvey BAM et al. Treatment of the hyper-IgE syndrome with cimetidine. In: Vossen J, Griscelli C, eds. Progress in

35

Immunodeficiency Research and Therapy II. Amsterdam, Elsevier, 20−217 :1986

36

Walsh GA, Richards KL, Douglas SD et al. Immunoglobulin E anti-Staphylococcus aureus antibodies in atopic patients. J Clin Microbiol 8−1046 :13 ;1981

37

Miller ME, Seals J, Kaye R et al. A familial ,plasma-associated defect of phagocytosis. Lancet 1968; ii: 3−60

38

Brestei EP, Klingberg WG, Veltri RW et al. Osteogenesis imperfecta tarda in a child with hyper-IgE syndrome. Am J Dis Child 1982; 136: 6−774

39

Zachary CB ,Atherton DJ. Hyper-IgE syndrome. Clin Exp Dermatol 1986; 8−403 :11

40

Morgan G, Hendrickse W, Harvey BAM et al. Treatment of the hyper-IgE syndrome with cimetidine. In: Vossen J, Griscelli C, eds. Progress in

41

Immunodeficiency Research and Therapy II. Amsterdam, Elsevier, 20−217 :1986

42

Glover MT, Atherton DJ, Levinsky RJ. Syndrome of erythroderma ,failure to thrive and diarrhea in infancy: a manifestation of immunodeficiency .Pediatrics 1988; 81: 72−66

43

Archer E, Chuang T-Y, Hong R. Severe eczema in a patient with DiGeorge's

syndrome. Cutis 1990; 45: 9–455

44

DiGeorge AM. Congenital absence of the thymus and its immunologic consequences :occurrence with congenital hypoparathyroidism. Birth Defects 1968; 23–116 :4

45

Bastian JF, Williams RA, Ornelas W et al. Maternal isoimmunisation resulting in combined immunodeficiency and fatal graft-versus-host disease in an infant. Lancet 1984; 1: 7–1435

46

Weinberg K, Parkman R. Severe combined immunodeficiency due to a specific defect in the production of interleukin-2. New Engl J Med 1990; 23–1718 :322

47

Gelfand EW, Dorsch HM. Diagnosis and classification of severe combined immunodeficiency disease. Birth Defects 1983; 72–65 :19

48

Schuurman HJ, Huber J, Zegers BJM et al. Placental diagnosis of the bare lymphocyte syndrome. New Engl J Med 1985; 313: 8–757

49

Paller AS. Disorders of the immune system. In: Schachner LA, Hansen RC, eds. Pediatric Dermatology. New York: Churchill-Livingstone, 1988: 30–129

50

Soothill JF ,Harvey BAM. Defective opsonization: a common immunity deficiency. Arch Dis Child9–91 :51 ;1976

51

De Grouchy J, Turleau C. Clinical Atlas of Human Chromosomes. New York: John Wiley, 1984

52

Buckley RH, Sampson HA. The hyperimmunoglobulin E syndrome. In: Franklin ED, ed. Clinical Immunology Update .New York: Elsevier 1981: 67–147

53

Dreskin SC, Goldsmith PK, Gallin JI .Immunoglobulins in the hyperimmunoglobulin E and recurrent infection syndrome. J Clin Invest 1985; 75: 34–26

54

Buckley RH, In: Stiehm ER, ed. Immunologic Disorders in Infants and Children. Philadelphia: WB Saunders, 6–320 :1989

55

Mawhinney J, Killen M, Fleming WA et al. The hyperimmunoglobulinemia E syndrome: a neutrophil chemotactic defect reversible by histamine H 2receptor blockade. Clin Immunol Immunopathol 1980; 91–483 :17

56

Miller ME, Koblenzer PJ. Leiner's disease and deficiency of C .5J Pediatr 1972; 80: 80–879

57

Ochs HD, Davis SD, Mickelson E et al. Combined immunodeficiency and reticuloendotheliosis with eosinophilia. J Pediatr 1974; 5–463 :85

58

Auerbach AD, Min Z, Ghosh R et al. Clastogen-induced chromosomal breakage as a marker for first trimester prenatal diagnosis of Fanconi anemia .Hum Genet 1986; 73: 8–86

59

Gluckman E, Berger R, Dutreix J. Bone marrow transplantation for Fanconi anemia. Semin Hematol 1984; 21: 6–20

60

Jouan H, Le Diest F, Nezelof C. Omenn's syndrome: pathologic arguments in favor

of a graft-versus-host pathogenesis. Hum Pathol 1987; 18: 8−1101

61

Baldini MG .Nature of the platelet defect in the Wiskott-Aldrich syndrome. Ann New York Acad Sci 1972; 201: 44−437

62

Blaese RM, Strober W, Waldmann TA .Immunodeficiency in the Wiskott-Aldrich syndrome. Birth Defects: Original Article Series 1975; XI(I): 4−250

63

Kwan S-P, Kandkuyl LA, Blaese M et al. Genetic mapping of the Wiskott-Aldrich syndrome with two highly linked polymorphic DNA markers. Genomics 1988; 3: 43−39

64

Mauer AM. X-linked recessive disorders: chronic granulomatous disease and Wiskott-Aldrich syndrome .J Invest Dermatol 1973; 60: 8−522

65

Peacocke M, Siminovitch KA. Linkage of the Wiskott-Aldrich syndrome with polymorphic DNA sequences from the human X-chromosome. Proc Natl Acad Sci USA 1987; 84: 3−3430

66

Rosen FS. T cell :B cell collaboration - the response to polysaccharide antigens. Semin Immunol91−87 :1 ;1989

67

Standen GR, Lillicrap DP, Matthews N et al. Inherited thrombocytopenia ,elevated serum IgA and renal disease: identification as a variant of the Wiskott-Aldrich syndrome. Quart J Med 1986; 59: 8−401

68

Ammann AJ, Hong R. Disorders of the T-cell system. In: Stiehm ER, ed.

Immunological Disorders in Infants and Children. Philadelphia: WB Saunders, 1989: 5–280

69

Epstein WL, Reed W, Boder E et al. Dermatologic aspects of ataxia telangiectasia. Cutis32–1324 :4 ;1968

70

Peterson RDA, Funkhouser JD. Ataxia telangiectasia: an important clue. New Engl J Med 1990; 322: 5–124

71

Nyhan WL. Inborn errors of biotin metabolism. Arch Dermatol 1987; 123: 8–1696

72

Thoene J, Baker H, Yoshino M et al. Biotin-responsive carboxylase deficiency associated with subnormal plasma and urinary biotin. New Engl J Med 1981; :304 23–817

73

Bonilla MA, Gillio AP, Ruggeiro M et al. Effects of recombinant human granulocyte colony-stimulating factor on neutropenia in patients with congenital agranulocytosis. New Engl J Med 1989; 320: 80–1574

74

Kostmann R. Infantile genetic agranulocytosis; a review with presentation of ten new cases. Acta Paediatr Scand 1975; 64: 8–362

75

(60/3)

الفصل الثاني والثلاثون الجلادات الوراثية

Genodermatoses

هذا الفصل يلخص بعض التناذرات الوراثية المترافقة مع بعض المظاهر الجلدية. بعض هذه التناذرات نادرة، تظهر باكراً في الحياة وبعضها نادر جداً. لقد أوردت بعض هذه التناذرات لأنه في وقت ما أو يوم ما قد تواجه الطبيب بعض هذه أثناء الممارسة الطبية وسيكون من الصعب عليه في ذلك الوقت أن يكون

مختلطاً وفي موقف مربك أمام مريضه لا يستطيع ولو على الأقل إعطائه أي فكرة عن حالته أو توجيهه إلى من يستطيع مد يد العون له.

اعتبارات عامة:

الجلادات الوراثية تشير إلى مجموعة من الأمراض الناجمة عن اضطرابات محددة وراثياً.

الشذوذات الخلقية التي توجد عند أو قبل الولادة وليس من الضروري أن تكون محددة وراثياً.

التشوه الخلقي: قد يكون نتيجة لانتان الأم أو شذوذ في التطور، الذي لاعلاقة له بالوراثة.

ليس كل الاضطرابات الوراثية هي خلقية. وتلك قد تصبح واضحة في الطفولة المتأخرة وحتى الأعمار المتأخرة.

المظاهر الجسدية للنمط المورثي يشار إليها باسم "النمط التكويني".

وتلك المظاهر تميل للظهور عندما تصل النسج والأعضاء ذات العلاقة إلى تطورها الوظيفي الكامل.

بعض حالات الجلد الشائعة مثل الاكزيميا الاستشرائية والصداف وتلك هي مظاهر لحالات بنوية شاذة ذات منشأ وراثي.

القواعد والأسس الوراثية:

الفكرة من النظرية الوراثية مهمة لفهم المصطلحات والتناذرات التي ستناقش الصفات الوراثية المنتقلة من جيل إلى جيل تالي،والمتكون من الصبغيات المؤلفه من شريطين مضاعفين من الحمض "الدي اوكسي را " الذي يرمز إلى ببتيد واحد.DNA) . المورثة هي توالي للأسس في" DNAيبونيوكليك (

"" عند الإناث يوجد 46 صبغي بشكل Locusالموضع الدقيق للمورثة على الصبغي يعرف باسم "الموقع"

) وكذلك يوجد نسختين من كل مورثة: الأولى من الأم والثانية من Homologusأزواج متقابلة المواقع (الأب حسب المنشأ.

". Y و Xوذلك نفسه عند الذكور ماعدا الاختلاف في الصبغي الجنسي فإ نه"

(61/3)

) كل شخص يملك متماثلان مختلفان في Allelesالمورثات المتبادلة في موقع واحد تسمي المتماثلان (

". إذا كان كلا المتماثلين محددان يسمي الشخص Heterezygousموقع خاص يسمي متخالف اللواقح "

) .Homozygousمتماثل اللواقح (

أنواع المورثات:

) : قابلة لإظهار كامل تأثيرها عندما توجد في عضو واحد فقط من Dominentالمورثة القاهرة :(
الأزواج الصبغية (حالة متخالف اللواقح).

): توجد المورثة في كلا الموقعين المسؤولين متماثل اللواقح قبل أن Recessiveالمورثات المقهورة (
يمكنها إظهار تأثيرها الكامل.

تسمي "الجسمية الذاتية".Y أو Xالمورثات التي تتعلق بالصبغيات غير الجنسية

الذي Y هي مرتبطة بالجنس الصبغي Y أو Xالصفات المضبوطة بالمورثا ت المتعلقة بالصبغيات الجنسية
.Xهو أصغر بكثير من الصبغي

الوراثة المرتبطة بالجنس: هي ذات أهمية فقط واحدة في الظواهر السريرية، معظم وربما كل المورثات
.Xالمرتبطة بالجنس توجد على الصبغي

)Mutationالطفرات)

يكون دقيقاً وبشكل كامل، لكن أخطاء أو طفرات يمكن أن تحدث DNAفي الاحوال الطبيعيه استنساخ
بشكل متأخر عشوائياً. قد تحدث الطفرات كنتيجة لتبادل نقطة إستبدال من نيكليوتيدي واحد أو إدخال أو
شطب واحدة أو إثنان في الأزواج الأساسية.

عندما تحدث الطفرة في خلية جسمية (طفرة جسمية) فقط الخلايا الناتجة في هذه الخلية تصاب وسوف
لايكون هناك انتقالاً للشذوذ للأجيال القادمة.

" أو طلائعها فان ذلك يمكن أن ينتقل إلى الذرية gametesأما فقط في الطفرات التي تحدث في العِرسّيه "
(الأشقاء).

الارتباط الوراثي والترافق المرضي

المورثات الموجودة على نفس الصبغي تبقى مرتبطة بالانتقال مادام الصبغي يبقى متماسكاً ولكن أثناء
الانقسام أو الإنتصاف فإن مثل ذلك الارتباط ربما ينفصل إذا حدث انشطار.

كلما كانت المورثات أكثر قُرباً في مواقعها على الصبغي كلما كان احتمال إنفصالها أقل وكان احتمال
انتقالها وراثياً أكثر.

(62/3)

عندما يتواجد متماثلان في نفس الوقت فإن الوضع يكون في حالة ارتباط غير متوازن وقد يحدث ذلك نتيجة طفره جينيه.

استشارة وراثية

Genetic counselling

تعتمد الاستشارة الوراثية على الخطر المتكرر على الأهل ليحصلوا على طفل مصاب لذا فإن كل من الأب والأم يجب أن يتم استقصاؤهم بشكل شامل.

إذا ما تم تحديد صفة شاذة بمورثة جسمية مسيطرة وواحد من الأبوين مصاب فإن 50% من الأولاد سوف يكونوا مصابين.

بعض الأهل يفشلون في فهم أن الخطر يبقي ثابتاً لكل حمل، وأن الطفل الأول المصاب لايضمن طفل ثاني طبيعي.

إذا كان الأبوين لطفل مصاب ليس لديهما مظاهر الشذوذ الوراثي فإن خطر التكرار يحتمل أن يكون قليلاً كما إن الطفل المصاب باضطراب وراثي قد يشكل طفرة جديدة.

الاضطرابات الجسمية المقهورة تكون متماثلة اللواقح بالنسبة للمورثة الطافرة.

خطر التكرار بالنسبة للحمل هو 1 : 4، لكن خطر إصابة الأبناء لهؤلاء المصابين صغير إذ أن معظم الحالات السائدة أو المقهورة نادرة ولا يحتمل أن شخصاً مصاباً يتزوج بآخر حاملاً للمرض.

)HLAمستضدات التوافق النسجي (

مستضدات التوافق النسجي هي جليكو بروتينات على سطح الخلية لمعظم خلايا الإنسان ذوات الأنوية. وهي تختلف من شخص لآخر وهي بصمة إبهام تنفرد بها كل خلية. هذه البصمة تسمح للجهاز المناعي للشخص أن يميز إذا كانت الخلايا المعطاة هي خلاياه أم لا.

هي أهمية قصوى في تصالب المتبرعين والمعطين أعضاء في زرع نسج البشر. موقع HLAأهمية الـــ (MHC. هو الذراع القصير من الصبغي 6 ويشار إليه بمركب التوافق النسجي الأكبر (HLA

كل مجموعة من كل من الأبوين.Haplotype بشكل مجموعات تسمى HLAيرث الإنسان

, D " نواتج مورثاتها تسمي(DR و D,C,B,A وتسمي" HALيوجد على الأقل 4 ـــ 5 مواقع مورثية تنتج (. HLA-DR، و HLA-A , HLA-B , HLA - C

كل موقع له عدة متماثلات (تعددية الشكل) كل متماثلة في موقع تسيطر على مستضد محدد بعدد يوضع بعد الحرف من هذه السلسلة، مثال HLA-A وHLA-B.51

ترافق HLA مع أي مرض يعني أنه يوجد معدل أعلي لهذا المستضد في مجموعة من المرضي المصابين بهذا المرض أكثر من مجموعة البشر غير المصابين به.

MIMICRY الجزئي

لذلك فإن العامل لا علاقة له بجهاز HLA عامل خامل قد يكون له البنية الشكلية نفسها التي للمستضدات ذلك فتلك الأضداد الناتجة التي HLA الدفاع في الجسم، وبالتناوب فإن العامل قد يختلف قليلاً فقط عن ثم تحرض أذية مناعية ذاتية. HLA تهاجم كل من العامل الخامل والخلايا معاً التي تحوي

الارتباط الوراثي

Genetic linkage

من مورثة أخري في نفس الصبغي التي ينتج المرض، سواء مباشرة (مثال: العوز HLA قد يقترب الأنزيمي) أو بشكل مؤدية إلى تأثير على الاستجابة المناعية التي قد تكون إما زيادة شاذة مؤدية إلى مناعة ذاتية أو نقصان شاذ يؤدي إلى انتان.

تأثيرات المسْتقْبِل

Receptor effects

بعض المواد الكيماوية بما فيها الأدوية والسموم، ترتبط إلى السطح الخلوي قبل أن تدخل إلى موجودة على سطح الخلية فإنها قد تحور ارتباط هذه المواد السامة بشدة. HLA السيتوبلاسما. وحيث أن وبعض الأمراض ليس مطلقاً. HLA الترافق بين

الاضطرابات الصبغية

Chromosomal disorders

قد تنجم عن شذوذات في عدد الصبغيات أو تركيب الصبغيات وقد تشمل الصبغيات الجسمية أو الجنسية.

حوالي 7.5% من كل الحمول مصابة باضطراب صبغية ولكن معظمها تسقط عفوياً.

الشذوذات الصبغية لمادة تسبب تشوهات خلقية متعددة.

الأطفال المصابون بأكثر من تشوه جسمي واحد يجب أن يخضعوا لتحليل صبغي كجزء من استقصاءاتهم.

الاضطرابات الصبغية غير ممكنة الشفاء لكن يمكن تحديدها بشكل حقيقي بواسطة الوسائل التشخيصية ما قبل الولادة.

بزل السائل الأمينوسي أو عينة الزغبات الكورنية يجب أن تجري للأمهات اللواتي حمولهن في خطر زائد وتحديداً النساء في عمر أواسط الثلاثينات أو أكبر وزوجات لديهن طفل مصاب.

المظاهر الجلدية للاضطرابات الصبغية:

سوف تناقش باختصار في هذا الجزء المظاهر الجلدية للتناذرات الصبغية.

تناذر داون

(المنغولية)

هو الشذوذ الصبغي الأكثر شيوعاً، يتميز ببقع سوداء مزرقة بحجوم مختلفة وأشكال متعددة تحدث في الناحية العصعصية للوليد غالباً عند الشرقيين. البقع المنغولية تزول عادة أثناء الطفولة.

يشكل تناذر داون حوالي ثلث حالات التخلف العقلي الشديد والمعتدل عند الأطفال في سن المدرسة.

المسببات:

معظم الحالات تنجم عن ثلاثي الصبغي 21 الذي فيه ينشأ الصبغي الزائد الذي يشتق بطريقة غير طبيعية أثناء الانقسام ويكون مصدره من الأم عادة.

الطفل المصاب يملك عدد طبيعي (46) من الصبغيات لكن واحد من الأبوين الطبيعيين سريرياً يحمل تبادل موضع الجزء من الصبغي 21 .

المظاهر السريرية:

المظاهر العامة:

المظهر الوجهي مشخص ويتصف بـــ:

رأس صغير، وجه مسطح، وأذنان صغيرتان.

أنف قصير.

عينان تشبه المنغوليين مع صغر الشق الجفني وطيات مافوق المآقي.

أجفان سميكة مع حاجبين قصيرتين متناثرتين ومتباعدتين.

نقص تصنع القزحية مع بقع ناقصة التصبغ (بقع برنتشفيلد).

الأطراف قصيرة والمفاصل ذات أربطة رخوة.

الأصابع قصيرة وذات شكل مخروطي وأحياناً مرتبطة بغشاء (مكففة).

الأصبع الصغير غالباً منحني.

المظاهر الجلدية:

عند الولادة يكون الجلد طبيعي.

في الطفولة الباكرة يوجد نعومة في الجلد.

بين عمر 5 و 10 سنوات يصبح الجلد جافاً جداً وأقل مرونة.

جفاف معمم بعمر 15 سنة.

تحزز بقعي بيدي سطح جلد جاف.

اندفاع حطاطي جرابي مزمن على المناطق فوق القص ومابين الكتفين.

مظاهر جلدية شائعة مثل التهاب الصوارين ـــ التهاب اجفان مزمن ـــ سيلان أنفي قيحي.

سعفة القدم:

الخدين غالباً محمرين.

(65/3)

الدوران المحيطي ضعيف، زرقة النهايات قد تحدث والشباك الرمادي (الرصاصي) يكون واضحاً على طول السنة على الفخدين، الأرداف والجذع.

خطوط باطن اليد: تشمل خط انعطافي مفرد في الأصبع الخامس وزيادة معدل العراي الزندية في الأصابع.

مظاهر الأغشية المخاطية:

تشقق وتسمك في الشفتين.

اللسان صفني في كل الحالات.

" تحدث غالباً أكثر من الأشخاص الطبيعيين.Syringomata و Elastosis Perforomsأمراض مثل: "

مظاهر الشعر:

قد يكون الشعر طبيعياً، لكن غالباً يكون ناعماً وقد يكون ناقص الصباغ.

الحاصة الناحوية.

مظاهر الأسنان:

الأسنان ناقصة التصنع وأخير قد تسقط.

مظاهر أخرى :

الأطراف جذموية صغيرة وأربطة المفاصل رخوة، الأصابع قصيرة ومخروطية وأحياناً تكون مرتبطة بغشاء (مكفف) والإصبع الصغير غالباً منحني.

ــ تخلف عقلي هو اختلاط خطير.

عادة أقل من IQ.50ــ الذكاء

ــ تشوهات قلبية.

ــ صرع.

ــ قصور درق.

ــ ابيضاض دم.

ــ انتانات تنفسية متكررة.

ــ عند وجود التشوهات الخطيرة، فإن الموت يحدث أثناء الطفولة عادة.

تناذر ادوارد

Edward's syndrome

هو تناذر عديد التشوهات وهو ثاني تناذر شيوعاً، يحدث في حوالي 3000/1 ولادة حية، 95% من الأجنة المصابة تصاب بإسقاط عفوي.

الخلل عند الأبوين هو إما أن الانقسام الأول أو الثاني ينجم عن نسخة زائدة من الصبغي 18. نادراً ما يكون المسؤول هو تبادل مواقع عند الأبوين أحياناً الموزايكية تلاحظ مع نمط طبيعي أخف.

المظاهر العامة:

تخلف عقلي شديد مع شكل جمجمة متميزة وذقن صغيرة.

المظاهر العامة الأخرى:

قفا بارز.

أذنان مشوهتان ذات توضع سفلي.

يدان منقبضتان مع وضع السبابة فوق الخنصر (تراكب الأصابع).

خط راحي مفرد.

قدم كرسي الهزاز والقص القصير.

تشوهات قلبية ــ كلوية ــ وأعضاء أخرى.

المظاهر الجلدية :

تشمل ترهل الجلد في العنق، غزارة شعر في الجبهة والظهر. أورام وعائية دموية. البصمة تبدي نموذج جواف جلدي قليل التقوس مميز.

(66/3)

30% من الأطفال يموتون خلال شهر، 10% يشفون خلال السنة الأولى وهؤلاء الأطفال يبدون تخلف عقلي شديد جداً.

تناذر باتو

Patu syndrome

المظاهر المميزة للتناذر هي:

المظاهر العامة:

تخلف عقلي.

جبهة مسطحة منحدرة.

تشوهات عينية تشمل صغر عين وغياب العين.

شق حنك ــ شق شفة وأذنان متمركزتان بشكل واطيء .

قدم مثل عصا المضرب.

تشوهات قلبية وعدد من التشوهات الحشوية.

الحياة لأكثر من 6 شهور غير شائعة.

المظاهر الجلدية:

أورام وعائية ودموية، خاصة على الجبهة، الأظافر مفرط الانحناء وتشوهات موضعية للفروة.

جلد العنق يكون أكثر مطاطية.

بصمة الكف تظهر تفرع ثلاثي في الطرف البعيد.

تناذر تيرنر

Turner's syndrome

ينتشر هذا التناذر في الإناث بنسبة 2500/1 حيث أن حوالي 80% من الحالات يوجد 45 صبغي مع متم. وفي هذه الحالات تكون لطاخة الشدق سلبية الكروماتين ويفترض أن الصبغي XOصبغي جنسي الناقص يضيع قبل أو أثناء الإخصاب. كما إن معدل (45) يزداد في سلالات الأم الصغيرة السن.

معظم الـــ 20% الباقية إيجابية الكروماتين، بعضهم لديه 46 صبغي لكن هناك غياب جزئي من الصبغي X.

.XXX/XO أو XX/XOبعض الحالات تظهر تغيرات في الاصباغ بأشكال مختلفة مثل :

المظاهر السريرية:

رقبة جناحية.

حافة خط الشعر الخلفية واطئة.

حاصة في ناحية الجهة الأمامية من الفروة.

فم مثلث الشكل.

قامة قصيرة.

زيادة زاوية الحمل في المرفق.

تشوهات بالأظافر.

تخلف عقلي.

تناذر نونان

Nonan's syndrome

يحدث هذا التناذر عند الذكور والإناث معاً. هذا النمط الشكلي يشبه تناذر تيرنر، ويعتبر من قبل الآخرين

. 46XY أو XX46إن تناذر نونان هو تناذر تيرنر من النوع الذكري، لكن النمط الصبغي طبيعي وهو

معظم الحالات فردية لكن الوراثة الجسمية الذاتية القاهرة قد تحدث.

تناذر نونان أكثر شيوعاً عند الذكور.

المظاهر السريرية:

المظاهر تبدي ترافق مميز للتناذر مع أعراض مختلفة مثل:

اتساع المفارق، انسدال الجفن ــ طيات فوق المآق. وذقن قصيرة.

قامة قصيرة وعنق قصير وعريض قد تكون جناحية وتشوهات هيكلية.

خط شعر منخفض في خلف فروة الراس والشعر خشن وباهت ومتجعد.

زيادة الشعر المنغولي (الداوني) قد يحدث في الخدين والكتفين.

شعر العانة يكون قليل. كما أن شعر الذقن عند الذكور يكون ضعيفاً.

تشوهات القلب مثل تضيق الوعاء الرئوي يوجد غالباً.

الذكاء قد يكون طبيعي لكن تظهر درجة من التخلف العقلي.

في 70% من الذكور تكون الخصية غير هابطة.

الوذمة اللمفاوية في القدمين والساقين شائعة وأكثر شدة من تناذر تورنر.

أذنان ذوات تمركز واطيء.

عظم الزند قد يكون افحج.

التشخيص التفريقي:

تناذر تيرنر:

غياب تضيق برزخ الأبهر وشيوعه عند الذكور.

على عكس تورنر، قصر القامة والعقم ليس مظاهر ثابتة.

التشخيص:

تناذر نونان يجب أن يتوقع في كل المرضي الشبيهين بتناذر تورنر:

إذا كانو بطول طبيعي.

تخلف عقلي وتشوهات وسامات القلب أو مع وظيفة طبيعية للخصية.

تناذر كلاين فلتر

Klinefelter's syndrome

تناذر كلا ينفلتر يعتبر مشكلة الذكور في تمييز الجنس الذكري وهو عادة ذو نموذج XXY.

المظاهر العامة:

يصيب هذا التناذر ــ الوالدان الذكور و يتميز بـــ :

قصور أقناد.

تضخم الثدي أو بروز الثدي.

طفالة تناسلية.

بعض المرضي طوال وبدينين.

خصيتان صغيرتان أو غائبتان.

ارتفاع حاثات الاقناد المصلية.

المظاهر الجلدية:

قليلة لكن قد يكون خط شعر جبهي واطيء ــ شعر جسم متناثر ــ وغياب شعر أو عدة شعرات على العانة والإبطين وناحية الذقن. قصر الأصبع الخامس في كلا اليدين.

المظاهر الوعائية، زرقة نهايات الاطراف ــ أورام وعائية شعرية ــ أمراض وعائية محيطة والتهاب جلد على مناطق تكون بها الدورة الدموية بطيئة أو ساكنة مثل منطقة أسفل الأرجل.

الاضطرابات النفسية: تحدث في حوالي ثلث المرضي.

المظاهر المرافقة: نخر عظمي ــ قرحات ساقين ــ بدانة ــ اضطرابات نفسية.

(68/3)

" .Taurodontismضخامة عمودية لحجرة برعم الرحى "

الشكل 253ب. تناذر كلينفلتر مع السماق الشكل 253 ج. تناذر كلينفلتر

التشخيص:

ترافق الثدي المتضخم البارز مع خصيتين صغيرتين مع وجود أعضاء تناسلية طبيعية يؤكد التشخيص يؤكد ذلك بوجود زيادة الإفراز البولي للجونادوتروفين (هرمون المنشط التناسلي، منشط القند) للحاثات القندية.

التشخيص يؤكد كذلك بالدراسات الصبغية.

المعالجة:

المعالجة بإعطاء التوستوستيرون إذ يؤدي ذلك إلى تحسن الصفات الجنسية الثانوية لكن ليس العقم

داء الورم العصبي الليفي ــ النمط 1 ــ

داء فون ريكلن هاوزن

Von Recklen Hausen's disease

هو عسر تصنع خلقي يتميز بمظاهر جلدية وعصبية وعضلية وعظمية.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية:

) وهي بقع مسطحة ومدورة مع نقط Café au laitالمظاهر الجلدية المميزة تشمل بقع بلون القهوة بحليب (

بنية داكنة. عندما تكون عددها ستة أو أكثر بحجم 1.5 ــ 2 سم قطراً على الأقل، فإن تشخيص الورم العصبي الليفي يكون عادة مؤكداً.

بقع القهوة بحليب هي أول مظاهر المرض في كل الأطفال. من المظاهر الأخرى للمرض: وحمات مشعرة وزيادة إصباغها بلون برونزي ــ نمش أبطي وفرط شعر على أسفل الظهر.

الشكل رقم 252: الورام العصبي الليفي

(بقع قهوة بحليب وأكياس)

الشكل رقم 253: ورام عصبي ليفي

كما أن أورام عصبية ليفية متعددة تحدث على طول الأعصاب المحيطة بالإضافة إلى أكياس طرية (وهذا ما يميزها عن حبوب الشباب التي تكون قاسية ومظاهر أخرى مميزة) ومعنقة، أكثرها على الجذع والأطراف وقد تتواجد بالمئات. تتراوح مابين عدة ملمترات وحتى عدة سنتمترات بالقطر.

النوع الآخر من المرض يتصف بحدوث ورم عصبي سمعي على الجانبين عادة إضافة إلى أورام سحائية أو أورام أخرى في الجهاز العصبي.

مظاهر الأغشية المخاطية:

آفات الفم توجد في 5 ــ 10% من الحالات، مثل الأورام الحليمية في الحنك، والشدق والأغشية المخاطية للسان والشفاه أو مثل ضخامة اللسان وحيدة الجانب عادة.

المظاهر العينية:

"بقع ليش" وهي (هامارتوما قزحي مصطبغ بالخلايا الصباغية) تظهر بشكل آفات مخروطية بشبه القبه، سطحية حول القزحية وبمكن ملاحظتها بالفحص بالمصباح الشفي.

الحكة: قد تكون الحكة عرض من الورام العصبي الليفي، وجود عدد كبير من الخلايا البدئية في الجلد في هذه الحالة. استجابة الحكة للمضادات الهيستامين تثير الاعتقاد بأن الهيستامين هو سبب الحكة.

" هو ورام عصبي ليفي منتشر على Elephantiasisداء الورام العصبي الليفي المتصخم الشكل : " أعصاب الجذع مترافقاً مع فرط نمو النسيج ماتحت الجلد. الجلد يصبح متجعداً ومترهلاً وقد يؤدي لتشوه شكلي شديد .

المظاهر الداخلية:

الورام الليفي العصبي قد يصيب أيضاً الأحشاء والأوعية الدموية.

التغيرات العظمية:

تقوس العمود الفقري يحدث في 2% من الحالات والبداية الباكرة تؤدي إلى أمراض قلبية وتنفسية، مالم تجرى الجراحة.

تلين العظام عندما توجد فإنها تسبب الخلل الخلقي بالأنابيب الكلوية. الداء المفصلي يصيب الظنبوب والكعبرة.

قصر القامة ورأس كبير.

عجز في مستوى الذكاء تحدث في ثلث الحالات وقد يتأذي التطور الجسمي.

شذوذات في التكلم.

تباعد مفارق وصداع شائعة أيضاً.

الاضطرابات الغدية الصماوية وتشمل:

البلوغ المبكر ــ تضخم بالمظاهر العامة للجسم (مثل تضخم بالشفاه ــ الجمجمه الأطراف) ــ مرض أديسون ــ وأعراض نتيجة زيادة إفرازات الغدد جانب الدرقية وتضخم الثدي.

ارتفاع ضغط الدم من النوع الكلوي الدوري.

مظاهر الجهاز الهضمي: إمساك نتيجة لاضطرابات وظائف عضلات القولون ــ نزيف دموي من الجهاز الهضمي وأحياناً انسداد الأمعاء.

المظاهر العصبية:

ورم داخل الجمجمة في منطقة العصب العيني قد يحدث في كثير من الحالات بالإضافه إلى النوع استروسايتوما وشوانوما.

(70/3)

بالإضافة إلى الأعراض المعتمدة على مكان وجود الورم فإن هناك أعراضاً أخرى قد تكون نتيجة ارتفاع الضغط داخل الجمجمة مثل : الصداع ــ التقيء ــ التشنج والنوبات العصبية.

كما إن السرطانات قد تصيب الأعصاب الطرفية وأعصاب العمود الفقري.

السركوما قد تصاحب بعض الحالات وكذلك اللوكيميا وسرطانات الكلية.

سير المرض:

المرض من النوع المزمن حيث تظهر البقع بلون القهوة بالحليب مبكراً في سن الطفولة وتظهر كذلك النيروفيبروما مبكرة ويزداد عددها بالتدريج. ظهور مثل تلك الأعراض في سن مبكر تشير إلى سير ونهاية غير طيبة للمرض.

إصابات القناة الهضمية والكلية والجهاز العصبي المركزي تعتبر أيضاً من المضاعفات الخطيرة. وعلى كل حال فإن المرض فى حالات نادرة قد يؤدي إلى الوفاة.

يزيد الحمل من تفاقم المرض إذ يزداد انتشاره بالإضافة إلى الصداع الشديد الذي قد يقلق المريض.

طرق التشخيص:

المرض يمكن تشخيصه دون صعوبة مع وجود الظواهر السريرية والتشريحية. إذا تواجد ستة بقع جلدية والتي بلون القهوه بالحليب أو أكثر فإن هذه تعطي دلالة لتأكيد التشخيص. الحالات المرافقة مثل نوبات الصرع قد تساعد كذلك.

جميع المرضى المصابون يجب استقصاؤهم بالفحوصات مثل فحص معدل الذكاء والتخطيط الكهربائي للدماغ وتخطيط للسمع وفحوصات قاع العين والتصوير الطبقي المحوري خاصة للعمود الفقري.

جميع الأشخاص من الأقارب كذلك خاصة أولئك من الدرجة الأولى حتى ولم تظهر بهم الأعراض يجب أن يجري لهم فحص جيني دقيق.

طرق العلاج:

معالجة الأعراض.

إزالة التشوهات جراحياً.

لقد استعملنا الليزر من النوع CO2 في إزالة الأكياس وبعض التشوهات المرافقة للمرض وأعطت نتائج مشجعة

التليف الليفي العصبي من النوع الثاني

Neurofibromatosis 2

كان هذا النوع سابقاً يعتبر بأنه جزء من النوع الأول "فون ريكلن هاوسن"، ولكن حالياً يعتبر بأنه مستقل وله الصفات المميزة خاصة من الناحية الجينية وتاريخ المرض.

البقع الجلدية تكون عادة أقل في هذا النوع.

التصلب الحدبي

Tuberous sclerosis

Bournville's disease

يتميز هذا التناذر بصفات جينية معقدة وينتقل وراثياً بالصبغة العادية السائدة.

من ظواهر المرض المميزة ثلاثة صفات:

نوبات من الصرع.

التخلف العقلي.

1ــ ورم الغدد الدهنية (أدينوماسا بيشيم).

المظاهر الجلدية المميزة:

أورام ليفية تظهر على شكل بثرات حمراء أو شمعية اللون صغيرة بحجم رأس الدبوس متناظرة على الوجه.

ورغم إن هذا المرض قد يتواجد مرافقاً للورم الليفي العصبي إلا أن لكل منهما صفاته الخاصة المميزة.

المظاهر السريرية:

المظاهر المميزة للتناذر:

المظاهر الجلدية: تظهر الأعراض الجلدية في أكثر من نصف الحالات وهى على أربعة أشكال:

): تظهر عادة بعد البلوغ.1angiofibroma ــ الأورام الليفية الوعائية (

2 ــ بثرات أو حطاطات دموية محتقنة أو متوسعة الشعيرات الدموية. بثور حمراء اللون ــ متفرقة ــ قاسية ومختلفة الأحجام من 1-10 مم تظهر على الخدود ــ الذقن ــ وأحياناً على الأذنين. وقد يزداد عددها وتتجمع أحياناً.

3 ــ بقع شاغرين: هي لويحة بلون الجلد ــ طرية، مرتفعة قليلاً ــ متسمكة غير منتظمة، توجد عادة في الناحية القطنية العصعصية.

4 ــ اللطاخات البيضاء: طولها 1ــ3سم، شكلها بيضاوي أو بشكل الورقة أكثر ما تظهر بواسطة الفحص بأشعة وود التي تبدو عادة على الجذع أو الأطراف وهي علامة فيزيائية ذات قيمة، حيث قد توجد عند الولادة أو في سن الرضاع الباكر، إذ تظهر عدة سنوات قبل العلامات الأخرى للمرض وقد تشير إلى تشخيص دقيق عند الرضع المصابين باختلاجات.

تشمل المظاهر الجلدية الأخرى:

لويحات ورقية ليفية خاصة على الجبهة والفروة.

أورام ليفية معنقة طرية قد تظهر حول العنق، الإبطين وقد يتغير لون الشعر ويظهر الشيب مبكراً.

مظاهر الأغشية المخاطية:

الورام الحليمي الفموي على اللثة والأجزاء الأخرى من الفم والأنف.

(72/3)

أورام ليفية توجد أحياناً على اللثة، الحنك ونادراً ما توجد على اللسان والبلعوم والحنجرة.

المظاهر السنية:

حفر السن صغيرة قد تظهر بشكل شائع على ميناء الأسنان عند البالغين، وهذه الحفر أقل وضوحاً في الأسنان اللبنية وتستخدم هذه كعلامة مشخصة باكرة عند الأطفال المصابين بالتصلب الجلدي.

مظاهر الأظافر:

" إذ تبدو بشكل أورام أصبغية Koenenأورام ليفية تحت الأظافر وأورام ماحول الظفر وتسمى أورام لـــ " الشكل بارزة ولاتسبب أعراضاً تذكر.

المظاهر العصبية:

الصرع: قد يظهر باكراً في سن الطفولة.

القصور العقلي عادة يظهر باكراً أثناء سن الرضاع.

أعراض نفسية تشمل انفصام الشخصية.

تغيرات عظمية: نخر أو تخلخل في العظام الطويلة والجمجمة مع أكياس كاذبة.

تغيرات عينية: أورام شبكية.

المظاهر الأخرى:

أورام كلوية بشكل (أورام عجائبة) هامارتومات.

أورام قلبية مثل الورم العضلي المخطط.

التغيرات الرئوية:

هذه التغيرات نادرة ونادراً ما تسبب أعراضاً ولكن إذا كانت منتشرة فإنها قد تسبب ضيق تنفسي مترقي

وريح صدرية متكررة.

أورام معدية معوية:

هذه عادة مرجلات كولونية عابي (هامارتومات) ولذلك يجب إجراء تنظير القولون في استقصاء المرضي المصابين بالتصلب الحدبي.

المظاهر الغدية الصماوية:

الإضطرابات الغدية الصماوية والاستقلابية الأخرى توجد أكثر من غيرها وهي القصور النخامي الكظري، اضطرابات تدرق وتأخر البلوغ.

الضخامة الجسمية الموضعية وداء المنسجات الشبكية الجلدية.

الظواهر الشعاعية:

الجمجمة: تكلس يلاحظ في صورة الحجمة البسيطة في حوالي 50% من المرضى وهي عادة لاتظهر إلا بعد الطفولة المتأخر أو البلوغ.

" النموذجي يظهر التصلب الحدبي يتألف من عقيدات متكلسة حول CT Scanالتصوير الطبقي المحوري " البطينات الدماغية وتبرز إلى البطينات الجانبية.

(73/3)

الرنين المغناطيسي حساس أكثر في إظهار الآفات البرانشمية، الآفات حول البطينات الدماغية قد لاتلاحظ مبدئياً وقد تترقي إلى آفات متكلسة مع الوقت.

اليدين والقدمين:

الآفات الكيسية الشكل في السلاميات، والسماكة غير المنتظمة في قشرة الأمشاط والفقرات والحوض أو العظام الطويلة.

الرئتين:

قد يوجد منظر شبكي غير منتظم في الأنسجة الرئوية. ولا يمكن تميزها شعاعياً عن الأشكال الأخرى من التليف الخلالي.

طرق المعالجة:

لا يتوفر معالجة نوعية. المعالجة عرضية للأعضاء المصابة.

انحلال البشرة الفقاعي

Epidermolysis bullosa

هي أمراض جلدية مزمنة نادرة تتصف بتشكل فقاعات تظهر بسبب احتكاك أو رض الجلد مؤدياً إلى انفصال انصال البشرة مع الأدمة ويكون المرض إما وراثياً بصفة قاهرة أو مكتسباً.

أشكال انحلال البشرة الفقاعي

انحلال البشرة الفقاعي البسيط.

عسر تصنع قاهر (سائد)

عسر تصنع مقهور (متنحي).

انحلال البشرة الفقاعي البسيط

Epidermolysis bullosa simplex

هو نوع وراثي مقهور (متنحي) بشكل مسيطر، يتصف بتشكل فقاعات خاصة على الراحتين والأخمصين تحدث بسبب الاحتكاك أو الرض. تصبح الآفات واضحة عندما يبدأ الطفل بالزحف أو المشي حيث تظهر الفقاعات بعد رض بسيط أو احتكاك خفيف.

الشفاء أو تمزق الفقاعات يستغرق وقتاً طويلاً بدون أن يترك ندبات بالجلد.

الشعر، الأظافر ومخاطية الشدق لاتصاب.

المعالجة:

الوسائل الوقائية هي الخط الرئيسي للمعالجة، حيث تشمل تخفيف الاحتكاك أو الرض باستخدام الأحذية اللينية أو المفتوحة.

المعالجة العرضية:

علاج الانتانات الثانوية.

الستيروئيدات القشرية تفيد في الحالات الشديدة.

الستيروئيدات المفلورة القوية موضعياً (كريم) للآفات الجلدية.

يجب أخذ الحذر عند المعالجة بسبب احتمال امتصاص الستيروئيدات المركزة حيث أن الجلد متسحج وهذا يؤهب لامتصاص أكثر مؤدياً إلى تأثيرات جانبية غير مرغوبة.

سترات الصوديوم فموياً 2 ــ 3 مرات يومياً قد تؤدي إلى نتائج حسنة.

انحلال البشرة الفقاعي القاهر

عسير التصنع

Dystrophic dominant Epidermolysis bullosa

هو داء فقاعي بعسر التصنع يبدأ في سن الرضاع والطفولة الباكرة ويصيب بشكل رئيسي المفاصل والأطراف.

الشكل رقم 249: انحلال البشرة الفقاعي

Fig. . 251Epidermolysis Bullosa

الشكل رقم 251: انحلال البشرة الفقاعي

Fig. . 250Epidermolysis Bullosa(DYSTROPHIC TYPE(

الشكل رقم 250: انحلال البشرة الفقاعي

تتحرض الآفات بالاحتكاك أو الرض حيث أن الفقاعات تظهر بسبب الانشطار ما بين البشرة والأدمة.

الآفة ذات سير مزمن والشفاء يترك ندبات بالجلد.

لاتصاب الأغشية المخاطية والشعر.

علامة "نيكولسكي" إيجابية عادة والفقاعات رخوة، حيث أن السائل ضمن الفقاعة يمكنه التحرك لعدة سنتمترات.

الفصل الثالث والثلاثون الصداف

Psoriasis

هو داء وراثي التهابي تكاثري يتصف بلويحات واضحة الحواف مغطاة بقشور فضية تظهر بشكل رئيسي على النواتيء الباسطة والفروة. الصداف نادر عند الرضع وشائع عند الأطفال ومجموعات الأعمار الأصغر.

الصداف الحفاظي الذي يصيب الرضع عادة يصنف تحت التهاب الجلد الدهني (لزهمي) الطفلي.

لقد وجد أن 5% من الرضع والأطفال المصابين بالتهاب حفاظي، يتكون لديهم آفات للصداف فيما بعد.

الآلية المرضية:

تغيرات تشريحية مرضية مختلفة تحدث في آفات الصداف هي:

زيادة نشاط خلوي في البشرة بسبب تنمي وتكاثر خلايا البشرة السريع.

زيادة تقشر الجلد.

نشاط البشرة يزداد.

زيادة الأوعية الدموية في الأدمة.

زيادة معدل تصنيع البروتين بواسطة الجلد.

الارتكاس الصدافي هو خلوي ونووي في الخلايا المالبيحية وطبقة الخلايا الحبيبية.

الشكل رقم 262: صداف وبهق (الصداف المناعي)

الشكل رقم 263: صداف عائلي

الأسباب:

(75/3)

السبب غير معروف: قد يكون الصداف وراثياً كصفة جسمية قاهرة وقد يلاحظ متواتراً في بعض العائلات. هناك دليل على أن الوراثة جسمية قاهرة وحيدة المورثة مع نفوذية ناقصة الشذوذات.

في الآفات الصدافية التقليدية هي حلقة التقرن حيث تنضج الخلايا الكيراتنية بشكل أسرع وتصل إلى سطح الجلد بوقت أقصر من الطبيعي.

التشريح المرضي:

المظاهر الشاذة في الآلية المرضية للصداف تشمل تكاثر بشروي غير منتظم وزيادة الأشكال الإنقسامية من الخلايا الكيراتينية، وتوسع وعائي سطحي وتكا ثر (تنامي) ارتشاح الآفات بالكريات البيض بما فيها العدلات، اللمفاويات ـــ وحيدات والبالعات الكبيرة.

التغيرات التشريحية المرضية الرئيسية هي:

فرط تقرن ونظير التقرن.

فرط تصنع بشروي.

شواك وورم حليمي.

ارتشاح كبير حول العرى الشعرية المتوسعة.

"Kogoj.في الطبقة المالبيجية: العدلات قد تتراكم لتشكل بثرات إسفنجية الشكل مميزة لـــ"

العوامل المؤهبة:

الرضوض والإصابات: الصداف في موقع رض معروف باسم (ظاهرة كوبنر)، طيف عريض وواسع من المحرضات الراضة موضعياً بما فيها الفيزيائية والكيميائية والكهربائية ــ الجراحية والإنتانية والالتهابية قد أثبت إثارتها للآفات الصدافية أو تفاقم آفات سابقة.

الإنتانات: إن للالتهابات العقديات، خاصة في البلعوم دور في إثارة الصداف النقطي الحاد وهذا ما يفسير تحسن الآفات الصدافية بعد تناول المضادات الحيوية لمعالجة انتان اللوزتين والتهاب الحنجرة.

العوامل الغدية الصماوية:

تكاثر المرض وحدوثه في سن البلوغ وفي سن اليأس قد يفسر دور الهرمونات..

الصداف المعمم البثري قد يثار بالحمل والطمث والجرعات العالية من الاستروجين.

أشعة الشمس:

رغم أن أشعة الشمس مفيدة بشكل عام، لكن نسبة ضئيلة من حالات الصداف تثار بواسطة التوهج القوي خلال الصيف في المناطق المعرضة للشمس.

العوامل الاستقلابية:

نقص كلس الدم (مثال: بعد استئصال جارات الدرق الخطأ) قد يثير الصداف.

(76/3)

الأدوية:

الليثيوم ــ حاصرات بيتا ــ براكتولول ــ كلونيدين ــ يويد البوتاسيوم ــ اميودارون ــ ديجوكسين ومضادات الاكتئاب، ترازودون ــ الأدوية الخافضة للشحوم ــ بنسلين ــ تيرفينادين ومضادات الملاريا قد تختلط بارتكاس دوائي صدافي الشكل.

التوقف الفجائي للستيرويدات القويه المعطاة جهازياً مثل الستيروئيد الموضعي القوي (كلوبيتازول بربيونات مثل ديرموفيت) خاصة يترافق مع انتشار الصداف البثري المعمم.

التأثير المتفاقم الناجم عن مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية مثل: الفنيل بوتازون الفموي والأوكسي فين بوتازون ــ اندوميثاسين، ديكلوفيناك ــ ميكلوفينامات والايزوبروفن قد يودي إلى انتشار المرض.

العوامل النفسية:

الإجهاد والتوترات العاطفية والنفسية قد يكون لها دور في تفاقم الصداف.

المظاهر السريرية:

في سن الرضاع الباكر والطفولة قد تشبه الآفات التهاب الجلد الحفاظي.

الحمامي المتقشرة أو أكزيما الاستشرائية، حيث أن التفريق بين هذه الآفات ليس سهلاً أحياناً.

الصداف هو شائع في الأطفال رغم أن الصداف الخلقي نادر جداً.

الأطفال والبالغون يصابون غالباً بالشكل النقطي من الصداف، بينما المرضي الأكبر سناً قد يصابون بأشكال سريرية مختلفة أخرى والأشكال الشديدة من الصداف مثل الأحمرية والأشكال البثرية.

الأنماط الشكلية المختلفة

الصداف الشائع:

الآفات الجلدية:

الآفات البدائية هي بقع حطاطية متقشرة واضحة الحدود مغطاة بقشور فضية ملتصقة. كشط المنطقة بصفيحة زجاجية يترك نقط نازفة دقيقة (علامة أوزبتز أو علامة النز) التي هي مشخصة للصداف.

هذا النوع من الصداف يتظاهر بأعراض قليلة وآفات جلدة غير حاكة عادة.

الشكل رقم 264: صداف شائع

(بقع حمامية مغطاة بقشور فضية)

الشكل رقم 265: صداف اليد والقدمين

الآفات ذات أشكال ونماذج مختلفة، تتراوح ما بين آفات مدورة مفردة تشبه الأكزيما القريصية، الآفات الفطرية، التهاب الجلد الدهني (الزهمي) أو لويحات (التفافية) أو بقع حمامية معممة.

الشكل رقم 266: صداف شائع

الشكل رقم 267: صداف الأظافر والجلد

الشكل رقم 268: صداف الفروة وآفات جرابية في الجلد

الشكل رقم 269: صداف الفروة

الأغشية المخاطية: قد يصاب اللسان والمناطق الشرجية التناسلية بالصداف بشكل بقع بيضاء.

الأظافر قد تصاب وتبدي تبارزات معترضة أو تشقق وتفتت في صحيفة الظفر.

الفروة: آفات الفروة قد تصل إلى قرب خط الشعر وهي تميز الصداف عن التهاب الجلد الدهني (الزهمي) الذي يصاب بالتقشر الدهني.

اعتلال المفاصل الصدافي: هو نادر ويحدث في الحالات المزمنة.

الصداف قد يوجد مترافقاً مع أمراض جلدية أخرى مثل الحزاز المسطح ــ البهق ــ الذئبة الحمامية، الفقاع، الداء الفقعاني.

الصداف عند الأطفال:

شائع تماماً عند الأطفال، رغم أن الصداف الخلقي نادر جداً. يبدو المرض أولاً على الفروة حيث تظهر الآفات بشكل بقع منتشرة بشكل متأخر لتصيب مواقع جلدية مختلفة وبشكل رئيسي الأطراف والجذع.

الصداف الحفاظي:

) أكثر شيوعاً عند الأطفال، ماعدا الأشكال الشائعة فإن Flexuralالصداف النقطي وفي السطوح العاطفة:(النماذج الأخرى من الصداف تحدث عند الأطفال إذ أن المرض يظهر أولاً على الفروة.

داء الثنيات الصدافي والسطوح العاطفة عند الأطفال: السعفة مابين الأصابع غير شائعة عند الأطفال والآفات مابين الأصابع قد تكون صدافية، وكذلك الأشكال الأخرى التي تظهر على ثنايا الجلد أو السطوح العاطفة الأخرى.

الصداف البثري الطفلي الشبابي:

هذا الشكل يمكن أن يصيب أي عمر في الطفولة، وبعض الحالات قد تكون البداية في السنة الأولى من العمر. معظم الأطفال المصابون هم في أعمار 2ـــ10 سنوات وقت البداية.

(78/3)

الآفات عادة تكون دائرية أو حلقية. الأعراض العامة غائبة عادة، ويحدث الهجوع العفوي دون معالجة.

الكثير من الحالات قد تشخص على إنها التهاب جلد دهني، التهاب جلد حفاظي أو صداف حفاظي خاصة فى الاطفال وتكون في الواقع هي الصداف. الحمى والسمية قد ترافق الأشكال الأكثر شدة.

الصداف النقطي:

آفات صغيرة تظهر بشكل أقل أو أكثر تعمماً فوق الجسم خاصة عند الأطفال والبالغين الصغار عادة بعد

انتان حاد بالعقديات. تظهر الآفات بشكل بقع صغيرة مدورة أو بيضاوية على الجذع، الفروة والوجه.

النوع السريع أو الغير مستقر:

هذا الشكل من الصداف يتصف بآفات مفرطة التقرن متقشرة مع سطوح مقعرة.

وهو نوع غير مستقر وقد يسبق الشكل الأحمرية أو البثري.

هذا النوع قد يحدث نتيجة عوامل أهمها: الستيرويدات القشرية موضعياً أو الجهازية بكميات كبيرة، نقص كلس الدم، انتان حاد وفرط العلاج بالقطران ــ الديثرانول أو العلاج بأشعة PUVA وربما الاكتئاب العاطفي الشديد .

الأحمرية الصدافية:

هذا الشكل يتظاهر عادة بثوران آفة صدافية سابقة كما في الصداف الغير المستقر، وقد يتلو ارتكاس) الانتانات، نقص كلس الدم، PUVA تحسسي لبعض المركبات الموضعية مثل القطران، الأنثرالين، (الستيرويدات القشرية الموضعيه المركزه أو الجهازية مثل الكولبتيازول ديرموفيت " Dermovate " خاصة عندما يستخدم على سطوح واسعة من الجسم لمدة طويلة.ointment

الشكل رقم 270: الأحمرية الصدافية

صفات المرض هي غالباً غير واضحة المعالم، إذ أن كل الجلد قد يصاب ويوجد حكة شديدة (على عكس الأنواع الأخرى من الصداف، حيث الآفات الجلدية غير حاكة عادة). المريض محموم وسير المرض عادة طويل حيث أن النكس وارد وقد يكون قاتلاً.

الصداف الجرابي: يحدث على النواتيء الباسطة على المرفقين والركبتين.

الصداف البثري (زمباخ):

(79/3)

هذا النوع من الصداف، شديد ومعمم وقد يكون قاتلاً، ويعتبر شكل شديد من الصداف إذ ينجم عن الإصابة الجلدية الواسعة ويترافق عادة مع مظاهر جهازية مثل التهاب الكبد.

الشكل رقم 271: صداف بثري

الشكل رقم 272: أحمرية صدافية وصداف بثري

المظاهر السريرية:

يتميز هذا النوع بالبدء المفاجئ، حيث أن اليود والساليسلات قد تلعب كعامل مهيئ لحدوث المرض. يظهر الصديد تحت الأظافر حيث يتلوه بعد ذلك حمامي معممة.

الشكل رقم 273: (صداف جرابي)

الشكل رقم 274: (صداف جرابي)

المظاهر الجلدية:

الأعراض الرئيسية هي الحكة وحرقان بالجلد مع حمى ورائحة عفنه وكريهه ينجم عن التسلخ أو التوسف الشديد والنز. تتكوم القشور الجافة المصفرة وتتشكل فوق المنطقة المصابة ذات السطح الأحمر البني اللامع.

وقد تظهر الآفات الحلقية وغيرها في الصداف البثري المعمم الحاد لكنها أكثر وصفية للأشكال تحت الحادة والمزمنة من الصداف البثري المنتشر. تبدأ الآفات بشكل مناطق دائرية من الحمامي قد تصبح مرتفعة ومتوذمة.

يجب الحذر من الستيرويدات الجهازية فى علاج الصداف الشائع إذ أنها تحمل خطر انتشار الانتانات الثانوية بالحماق والفيروسات الأخرى وقد يلجأ إلى استعماله في بعض حالات الصداف مثل النوع البثري.

الأغشية المخاطية: آفات الشفاه واللسان قد تؤدي لتقرح سطحي وتقشر.

المرض قد ينتهي عفوياً أو يتطور إلى مظاهر أكثر شدة.

الصداف البثري المعمم قد يحدث عند الأطفال بينما الصداف العضلي نادر عند الأطفال.

التشريح المرضي في الصداف البثري: من المميزات الهامة التي تؤكد التشخيص هو وجود بثرات منتفخة إسفنجية على أعلى البشرة مبطنة بخلايا بشروية متوذمة وتحوى كريات بيض عديدة أشكال النوى.

علاج الصداف البثري: يعالج هذا النوع من الصداف بالستيرويدات الجهازية و "ACTH."

التهاب الأجفان الصدافي والتهاب الفم الزاوي الصدافي:

هذا المرض قد يقلد التهاب الأجفان المزمن أو التهاب الصوارين المزمن.

(80/3)

عادة يكون وحيد الجانب يظهر على شكل لويحة صغيرة من الصداف على جفن واحد ويمتد إلى حافة الجفن أو الخد إلى زاوية الفم.

صداف اليدين والقدمين: آفات مزمنة أكثر انتشاراً قد تحدث مع جفاف مستمر. ويظهر هذا النوع على نمط تقرن وتشقق، تنقط أظافر اليدين وقد يكون ذلك المظهر الوحيد الذي يظهر لمدة شهور وحتى سنوات.

الصداف عادة أقل شدة في الصيف ويسوء في الشتاء وهذا يبين التأثير المفيد للأشعة فوق البنفسجية من أشعة الشمس.

(Acrodermatitis continua of Hallopeau: التهاب جلد ونهايات الأصابع)

الصداف البثري هو مرض نادر الحدوث في الأطفال ولكنه يصيب البالغين في أواسط العمر.

الآفة الأولى تبدأ على أصابع الأيدي وأصابع الأقدام، يسبقها عادة الرض البسيط أو الانتان الجلدي فوق السلامية النهائية البعيدة إذ يصبح الجلد محمراً متقشراً وتظهر بعد ذلك بثور.

الطيات الفطرية ومهد الظفر قد تصاب مؤدية إلى عسر تصنيع الظفر ــ تشوهات بالأظافر وقد تتكسر.

التغيرات العظمية قد تحدث مع انحلال عظمي في السلامية البعيدة والنهاية الحرة للأصابع قد تصبح ناقصة ومبثورة ومقلدة تصلب الجلد (Scleroderma) في مثل هذه الحالات فان الدوره الدمويه قد تصبح ضعيفه بالأطراف إذ يؤدي ذلك إلى الانزعاج في الجو البارد.

الصداف الراحي الأخمصي البثري الحاد (البثري ــ الانتاني)

"Acute palmoplantar pustular psoriasis" (Pustular bacterid(

هذا المصطلح يستخدم لوصف طفح جلدي وحيد الشكل نادر وحاد من البثرات على كل مساحات اليدين والقدمين. يبدأ مفاجئاً وخلال عدة أيام تتوزع عدد كبير من البثرات الصغيرة 2ــ4 ملم على الراحتين وكلا الأخمصين والمسافات الراحية الأخمصية للأصابع وأحياناً تشاهد الآفات على ظهر اليدين والقدمين.

الاندفاع قد يختفي خلال عدة أسابيع وأحياناً يظهر فقط على شكل مجموعة من البثور.

التشخيص التفريقي للصداف:

قد يقلد الصداف عدد من الأمراض الجلدية:

(81/3)

التهاب الجلد الدهني (الزهمي)

أحياناً ليس من السهل تفريق التهاب الجلد الدهني عن الصداف.

في التهاب الجلد الدهني تكون الآفات أفتح لوناً وأقل وضوحاً ومغطاة بقشور دهنية نخالية أو قاتمة

.صداف فروة الرأس لايتعدى خط الشعر بينما الالتهاب الدهني يتعدى مناطق الفروة إلى الجلد المجاور.

الأكزيما: قد تحدث بشكل صدافي الشكل خاصة على الساقين، والأكزيما نتيجة فرط التقرن في الراحتين تسبب أحياناً التباساً وصعوبة في التشخيص.

الحزاز المسطح:

اللون البنفسجي، السطح اللامع للحطاطات ووجود التغيرات الفموية عادة متميزة.

الحزاز البسيط قد يشبه كثيراً الصداف، خاصة على الفروة وقرب المرفق. علامات الجلد الكثيفة، الحواف الواضحة والحكة الشديدة مميزة.

(:Pityriasis lichenoides chronicaالنخالية الحزازية المزمنة(

تشبه كثيراً الصداف النقطي، لكن الآفات عادة أقل تجمعاً، ذات لون أحمر بني أو برتقالي بني ومغطاة بقشرة ناعمة بيضاء.

داء المبيضات:

آفة المبيضات تتظاهر بلون أحمر غامق لامع، خاصة على السطوح العاطفة، لكن القشور تميل لأن تكون على أطراف الطفح بالإضافة إلى وجود بثرات تابعة وحطاطات مرافقة والتي عادة تتواجد خارج المنطقة المصابة بالطفح الأولى.

السعفة الأربية:

ذات حافة عديدة الحلقات واضحة الحدود. لكن انتان الفطور الشعرية الحمراء، خاصة في الراحة يسبب صعوبة في التشخيص التفريقي خاصة بعد استعمال السيروئيد القشري إذ قد يغيب التقشر.

الفحص المجهري لكشاطة والزرع قد يظهر التشخيص.

(:Pityriasis rubra piliarisالدخنيات الحمراء)

قد تقلد الصداف، التشابه في الدخنية الحمراء قد يكون قريباً، خاصة في الطور الحمامي ولكن اللون في الدخنيات عادة يكون أقل وضوحاً وأحمر غامق بالإضافة إلى أن الآفات الجرابية والتسمك التقرني ذو لون مصفر.

الآفات صدافية الشكل في الأفرنجي:

) والعلامات Condylomaقد تكون صعبة التفريق، المظاهر الأخرى للأفرنجي مثل الورم القرنبيطي(
الأخرى إلى جانب الاختبارات المصلية للأفرنجي قد تفيد في التشخيص التفريقي.

الأمراض الجلدية الأخرى:

)و Paget's)وداء باجيت(Bowen's على الراحتين والأخمصين ــ (مرض بوينMibelliالتقرن في
) قد تشبه الصداف، لكن الآفات عادة مفردة ما عدا في Penile erythroplasiaالتبقع الأحمر القصبي(
التسمم بالارسينيك الحاد وفي تلك الحالات الخزعة قد تكون ضرورية لتأكيد التشخيص.

الاندفاع الدوائي:

يجب تفريقه عن الصداف، خاصة الاندفاع المحرض . بحاصرات بيتا (بيتابلوكر). نظير التقرن
) .Parakeratosis pustulosaالبثري(

هو اندفاع أكزيمائي يلاحظ عند الأطفال الصغار وقد يصعب التفريق بين الصداف والأكزيما التأبتية والسعفة. وهو يصيب الجلد والمنطقه حول واحد أو أكثر من أظافر اليدين أو القدمين مسبباً فرط تقرن تحت الظفر وسماكة في الحواف الحرة للأظافر. التقشر أكثر وضوحاً من البثر و الآفات ذات سير مزمن.

معالجة الصداف:

الطبيب الممارس يمكن أن يعالج بعض حالات الصداف، ولكن فإن مشورة اختصاص الأمراض الجلد قد تكون ضرورية خاصة في الحالات التالية:

الآفات المنتشرة والواسعة الانتشار.

الآفات المتوسفة والارتكاسات الأحمرية.

الصداف البثري.

الآفات المتكررة.

طرق المعالجة:

1 ــ الوسائل غير النوعية والعامة:

راحة وتهدئة خفيفة.

الابتعاد عن البيئة المقلقة، عطلة أو إقامة قصيرة في المشفى قد تفيد.

الاسترخاء في منطقة حيث التعرض العالي لأشعة الشمس ممكن مثل شاطىء البحر الميت.

طمأنة المريض مهم جداً. إعلام المريض وأهله أن هذا النوع من المرض الجلدي غير معدي ويمكن علاجه ويحتاج إلى قليل من الصبر.

يجب الحذر وبذل عناية خاصة عند معالجة صداف الرضع والأطفال الصغار حيث أن الدواء المستخدم من قبل الكبار قد يسبب تأثيرات جانبية خطيرة عند هذه المجموعة من صغار السن.

(83/3)

---

2 ــ المعالجة بالقطران:

القطران يستخدم كمعالجة موضعية لأكثر من قرن من الزمن.

طريقة "جوكرمان" هي المستخدمة في علاج الصداف وذلك بالتطبيق اليومي من 2ــ5% قطران خثري مترافق مع حمام قطراني والتعرض بعدها للأشعة فوق البنفسجية.

لآفات الفروة.Cadeيستخدم المستحضرات الزيتية من القطران وهو زيت الــ

بعض الكريمات والمحاليل والمراهم والهلامات التجارية والشامبونات الحاوية على خلاصات القطران متوفرة في السوق، حيث أنها تسيطر جزئياً على بعض حالات الصداف لكن غير فعالة في الحالات الشديدة.

" لوحدها أيضاً. القطران الفحمي يبدو أنه UVBالقطران لوحده فعال أحياناً في الصداف أو الأشعة " يحسس الجلد وليس الأشعة الفوق بنفسجية وتسبب الحساسية الضيائية من النمط الحركي الضوئي.

"إذا استعملت مع القطران. القطران الفحمي UVA "أكثر قيمة من"UVBالأشعة فوق البنفسجيه من النوع " (داي ثرانول) وجد أنه فعال كذلك.

التخريش البدائي غير شائع ما عدا في حالات الصداف الغير مستقرة، وفي الوجه والأعضاء التناسلية والسطوح العاطفة. التهاب الجلد التماسي قد يحدث، لكن نادراً.

التهاب الأجربة هو أشيع تأثير جانبي قد يحدث أثناء المعالجة بالقطران والأشعة وفي حالات نادرة قد يحدث الكارسينوما في مواقع المعالجة.

مضادات استطباب المعالجة بالقطران:

الرضع والأطفال الصغار.

الطيات الأبطية والناحية الشرجية التناسلية.

الصداف البثري المعمم أو الأحمرية.

التهاب أجربة شعرية سابق.

حبوب الشباب الشديد.

الحساسية للقطران أو مشتقاته.

3 ـــ الستيرويدات الموضعية

من الأهمية بمكان أن تبدأ المعالجة بالتطبيق الموضعي الخفيف من هذه المركبات خاصة عند الأطفال.
إذا طبقت طرق المعالجة بطريقة قوية ومكثفة وذلك باستعمال الأدوية شديدة التاثير في البداية فإن الطبيب قد يستنفذ كافة طرق المعالجة التي تلزم خاصة في مرض مزمن مثل الصداف.

(84/3)

إن الطرق الفعالة للمعالجة هي البدء بهدوء باستعمال المركبات البسيطة التي تتناسب مع الحالة المرضية فمثلاً: الحالات البسيطة من الصداف قد لاتحتاج أكثر من مطريات بسيطة للجلد أو ستيروئيد خفيف موضعياً مثل مرهم الهيدروكورتيزون أو بالمشاركة مرهم الستيروئيد مع حمض الصفصاف أو القطران.. ورغم أن ذلك يمكن أن يعطي نتائج جيدة في الأعمار الأكبر، فإنه يجب الحذر الشديد عند وصف هذه المشاركات خاصة عند الأطفال.

النتائج الممتازة يمكن الحصول عليها بالستيروئيد الموضعيي المغطي بضماد غرواني مائي بدلاً من) وهو لاصق خاص يحوي ستيروئيدفلور. هذه الطريقة لها Cordran Tapشريحة البلاستك أو استخدام (خلفياتها. بغض النظر عن التأثيرات الجانبية الجلدية إذ أن معظم المركبات القوية أو الجرعات العالية، تنقص بسهولة مستوى كورتيزول المصل خاصة عندما يستخدم لفترة طويلة على مساحة واسعة من الجلد، هذا قد يؤدي لامتصاص أكثر من الستيروئيد وتأثيرات جانبية أكثر خطورة وقد تحرض إلى حدوث صداف بثري.

ملاحظات:

إن كمية 7 غ من الكلوبتيازول بروبيونات 0.05% أ و 0.05% بيتامتيازون دي بروبيونات كافية لتثبط كورتيزول البلاسما الصباحي في 20% من المرضى.

آفات الفروة تحتاج لمحاليل الستيروئيد وشامبونات قطرانية.

صداف الوجه والسطوح العاطفة:

يجب الحذر الشديد عند معالجة آفات الوجه والسطوح العاطفة والأعضاء التناسلية نتيجة للمضاعفات التي

قد تحدث من مركبات القطران والستيرويدات خاصة المركزة، إذ يجب استخدام الستيروئيد الخفيف، حيث أن الستيرويدات القوية يمكن أن تسبب اختلاطات أكثر موضعياً للجلد المتهتك في كل حالة.

) مرة يومياً وقد يعطي نتائج جيدة خاصة، عند مشاركته مع 3Calciptrol "ومشابهاته (4D ـــ الفيتامين" الستيروئيد الخفيف مع حمض الصفصاف حيث تستخدم تلك المركبات الموضعية مرتين يومياً.

(85/3)

) PUVB و PUVA أو التعرض لأشعة الشمس: يجب الحذر من استخدام(5Puva ـــ السورالين مع كنمط معالجة بسبب التأثيرات الجانبية وتفاقم الآفات في بعض المرضى حيث هذه الأدوية لاتستطب للأعمار الصغيرة أقل من 12 سنة.

) أو أشعة الشمس (في الصباح) بساعتين. PUVAأقراص السورالين تؤخذ قبل تعرض الآفات الى الـــ (جرعة السورالين تحدد حسب وزن المريض.

يجب اتخاذ الاحتياطات عند استعمال الأشعة الفوق البنفسجية وذلك بحماية العينين بعدسات خاصة من) .PUVAتأثيرات الـــ(

وفي الحالات التي لا يمكن استخدام الأشعة فإن التعرض لأشعة الشمس الذي يجب أن يكون في الصباح وقبل الساعة 3 بعد الظهر، حيث إن الأشعة فوق البنفسجية تنقص بعد ذلك قد يؤدي إلى نتائج طيبة. ويجب التأكيد على المريض بأخذ أقراص السورالين أو الميلادنين قبل التعرض للأشعة وإلا فإنه لن يحصل على النتائج المرجوة من العلاج.

6 ـــ المتثوتركسات:

هذا الدواء لايستعمل عند الرضع والأطفال بسبب تأثيرها الخطر على الأعمار الصغيرة.

في البالغين والمجموعات الأكبر قد تستعمل لعلاج الصداف المعند الشديد والذي لايستجيب لكل المعالجات الأخرى. الميثوتركسات يجب أن تستخدم تحت المراقبة الشديدة وبعد استقصاءات كاملة خاصة تعداد الدم ووظائف الكبد.

7 ـــ أدوية أخرى تستعمل في علاج الصداف:

الكلوفازيمين، الدابسون والسفابيريدين تعرف بأنها تنشط فرط البالعات المعتدلات وقد تفيد في الصداف البثري.

8 ــ الستيرويدات القشرية:

يجب استخدامها بحذر شديد. الجرعات الكبيرة من البريدنيزولون يتلوها انقطاع فجائي في المعالجة قد يؤهب لحدوث الصداف البثري المعمم.

الجرعات الصغيرة من التريام سينولون لا تتجاوز 6ملغ مبدئياً وبجرعة 2ــ4 ملغ يومياً قد يكون فعالاً خاصة في الآفات الأحمرية والشديدة.

9 ــ الرتينويدات:

A لفترة طويلة أن له تأثيراً كبيراً على التمايز البشروري وسمية فرط الفيتامين Aوجد أن الفيتامين معروفة جداً.

(86/3)

يحدث فرط تقرن جلدي وحؤول شائك في الأغشية المخاطية.Aعوز الفيتامين

الطبيعية والمصنعة.Aمصطلح "رتينوئيد" يطبق لعائلة من مقلدات الفيتامين

أ ــ ايزوتريتوئين:

يحسن الصداف البثري المعمم ووجد أنه أقل فعالية من الايترتينيت في معالجة الصداف اللويحي المزمن.

ب ــ الاتريتينيت:

".PUVAتحدث هجوع في الأشكال البثرية وتبين أنها أكثر فعالية من "

في محاولة لتخفيف التأثيرات الجانبية المترافقة مع المعالجة المديدة بجرعة كبيرة من "الاترتينيت" فيمكن استعمال (75 ملغ اتريتينيت للبالغين) يومياً، يتلوها بجرعات أقل (30 ملغ / يوم) عند السيطرة على الحالة.

10 ــ سيكلوسبورين:

(1ــ6 ملغ / كغ وزن الجسم / يوم) وجد أنه يحسن الآفات البثرية عند البالغين، سحب الدواء الفجائي قد يؤدي إلى نكس سريع. التأثيرات الجانبية تحتاج لحذر أثناء المعالجة.

11 ــ زيدوفودين (الازيدوها يميدين):

" الفموي.Zidovudineالصداف المرافق للأيدز سجل أنه يشفي بالــ"

هذا الدواء قد يكون المعالجة المختارة للصداف المرافق للإيدز والذي لايستجيب إلى الرتينوئيد ــ

"ويحتمل حتى الستيرويدات موضعياً.PUVAالميثوتركسات ــ السيكلوسيورين والـــ "

12 ــ هيدروكسي يوريا:

بالمقارنة مع الميثوتركسات فإن تأثيراتها الجانبية أقل مثل: فقدان الشهية ــ الغثيان والسمية الكبدية.

الجرعة يجب أن لا تتجاوز 0.5غ 3 مرات يومياً وأحياً 0.5غ مرة أو مرتين يومياً كافية للمعالجة المستمرة.

13 ــ زيت السمك:

آلية العمل قد تشمل التداخل مع استقلاب "حمض الأراشيدونيك"وهو واحد من محتويات زيت السمك من الحموض الدسمة الرئيسية، ويمكن استخدامه لمعالجة مرافقة الصداف.

14 ــ حمام البحر الميت:

بسبب محتوى الملح العالي قد يحسن بعض الحالات خاصة إذا اتبع الحمام بحمام شمسي.

(: 15Dialysis ــ الثمال والوسائل المتعلقة به(

(87/3)

الثمال ذو تأثيرات قليلة على الصداف في المرضي ذوي وظيفية الكلية الجيدة وكذلك الثمال البريتواني أكثر فعالية من الثمال الدموي ربما بسبب المواد ذات الوزن الجزئي العالي التي يمكنها أن تزيل كميات أكبر.

المراجع

Iselius L, Williams WR. The mode of inheritance of psoriasis: evidence for a major gene as well as a multifactorial component and its implication for genetic counselling. Hum Genet6–73 :68 ;1984

1

Abel EA, DiCicco LM, Orenberg EK et al. Drugs in exacerbation of psoriasis. J Am Acad Dermatol 1986; 15: 22–1007

2

Abel EA ,Barnes S, Le Vine MJ et al. Psoriasis treatment at the Dead Sea: second international study tour. J Am Acad Dermatol 1988; 19:) 4–362letter(

3

Beylot C, Bioulac P, Grupper C et al. Generalised pustular psoriasis in infants and children: report of 27cases. In: Farber EM, Cox AJ ,Jacobs PH, Nall
4
LM, eds. Psoriasis. Proc 2nd Int Symposium. New York :Yorke Medical Books,
1977: 9–171
5
Beylot C, Puissant A, Bioulac P et al .Particular clinical features of psoriasis in infants and children. Acta Derm Venereol 1979; 59(Suppl. 87): 7–95
6
Beckman L, Bergdahl K, Cedergren B et al. Genetic markers in psoriasis. Acta Derm Venereol 1977; 51–247 :57
7
Arntzen N, Kavli G, Volden G. Psoriasis provoked by beta-blocking agents. Acta Derm Venereol 1984; 64: 8–346
8
Barth JH, Baker H .Generalized pustular psoriasis precipitated by trazodone in the treatment of depression. Br J Dermatol 1986; 115: 30–629
9
Baughman R, Sobel R .Psoriasis, stress and strain. Arch Dermatol 1971; 103: –599 605
10

Burch PRJ, Rowell NR. Psoriasis: aetiological aspects. Acta Derm Venereol ;1965 80–366 :45
11
Belsito DV, Kechijian P. The role of tar in Goeckerman therapy. Arch Dermatol 118: 1982; 21–319
12

Bollag W. From vitamin A to retinoids: chemical and pharmacological aspects. In: Orfanos CE, Braun Falco O ,Farber EM et al., eds. Retinoids. Advances in Basic Research and Therapy .Berlin: Springer-Verlag, 1981: 11–5

13

Bollag W. Chemistry and pharmacology of retinoids. In: Farber EM, Cox AJ, eds. Psoriasis. Proc 3rd Int Symposium. New York: Grune & Stratton, 83–1982:175

14

Corbett M .Controlled trials of PUVA and etretinate for psoriasis. Br J Dermatol 1985;) 2–121 :112letter(

15

Dobson RL. The inheritance of psoriasis (editorial .(Arch Dermatol 1980; 116: 657

16

Danno K, Horio T, Ozaki M et al. Topical–8 methoxypsoralen photochemotherapy of psoriasis. Br J Dermatol 1983; 24–519 :108

17

Epstein JH, Farber EM, Nall L et al. Current status of oral PUVA therapy for psoriasis. J Am Acad Dermatol 1979; 1: 17–106

18

Krueger GG .Psoriasis; current concepts of its etiology and pathogenesis. In: Dobson RL ,Thiers BH, eds. 1981Yearbook of Dermatology. Chicago: Yearbook Medical Publishers, 1981: 13

19

Farber EM, Jacobs AH. Infantile psoriasis. Am J Dis Child 1977; 131: 9 1266

20

Farber EM, Nall ML. Epidemiology: Natural history and genetics. In: Roenigk HH, Maibach HI, eds. Psoriasis. New York :Marcel Dekker, 1985: 86–141

21

Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterisation of two types of psoriasis vulgaris. J Am Acad Dermatol 1985; 13: 6–450

22

Holgate MC. The age-of-onset of psoriasis and the relationship to parental psoriasis. Br J Dermatol 1975; 92: 8–443

23

Kavli G, Frde OH, Arnesen E et al. Psoriasis: familial predisposition and environmental factors. Br Med J 1000–999 :291 ;1985

24

Jefferson J. Napkin psoriasis. Br J Dermatol 1966; 15–614 :78

25

Lever WF, Lever GS, eds. Histopathology of the Skin 6th edn .Philadelphia: Lippincott, 1983

26

Mahrle G. Meyer-Hamme S, Ippen H. Oral treatment of keratinizing disorders of skin and mucous membraines with etretinate. Arch Dermatol 1982; 100–118:97

27

Kapp A, Kemper A, Stop E et al. Detection of circulating immune complexes in patients with atopic dermatitis and psoriasis. Acta Derm Venereol 1986; 66: 121- 6

28

Lerner MR, Lerner AB. Congenital psoriasis: report of three cases. Arch Dermatol 1972; 601–598 :105

29

Pascher F, Wood WS. Erythrodermic psoriasis in children. Arch Dermatol 1956; 74: 6–173

30

Wright N. The cell proliferation kinetics in psoriasis. In: Goldsmith LA, ed. Biochemistry and Physiology of Skin. Oxford :Oxford Univer-sity Press, 1983: –203 29

31

Zachariae H. Epidemiology and genetics. In: Mier PD, van de Kerkhof PCM, eds. Textbook of Psoriasis .Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986: 12–4

32

Young E. The external treatment of psoriasis. Br J Dermatol 1970; 82: 15–510

الفصل الرابع الثلاثون الحزاز المسطح

Lichen planus

هو مرض حطاطي وسفي حاك، وغير شائع عند الأطفال. في المناخ الحار قد سجل المرض عند الرضع لكنه نادر في الطفولة ومعظم الحالات تشاهد في مجموعات الأعمار الأكبر.

(90/3)

الحزاز قد ينجم عن عوامل مناعية ويوجد عدة معلومات تؤكد علاقة العوامل الوراثية.

يصيب الحزاز المسطح الجلد والأغشية المخاطية. الآفة البدئية هي حطاطات مسطحة متعددة الزوايا، بنفسجية اللون تبدي خطوط رمادية على السطح أثناء فحصها بالعدسات المكبرة، وهذا ما يعرف باسم خطوط "ويكمان" وهي واحدة من المعايير التشخيصية للحزاز المسطح.

الأشكال السريرية:

الشكل الموضعي: آفات الفروة تتظاهر بمناطق جافة متقشرة، وتشفي بضمور وحاصة ضمورية غير عكوسة. الحزاز المسطح في الراحتين والأخمصين قد يظهر مناطق منخفضة مصطفة إلى جانب الآفة البدئية.

الأظافر يمكن أن تصاب أيضاً مسبباً ضموراً وتفتتاً.

الآفات الجلدية قد تأخذ أشكالاً مختلفة ونماذج متنوعة متناظرة عادة على شكل لويحات حلقية أو خطية ومتموجة تصيب الأطراف بشكل رئيسي.

أشكال الحزاز:

ـ النمط الحلقي

ـ النمط الخطي

ـ الحزاز المسطح الجرابي

ـ الحزاز المسطح النقطي

ـ الحزاز المسطح الضخامي

ـــ الحزاز الضموري: يصيب الفروة عادة مؤدياً لحاصة ضمورية.

ـــ الحزاز المداري: هو شكل آخر من الحزاز المسطح تصيب الأماكن المعرضة للشمس.

الشكل رقم 275أ : الحزاز المسطح

الشكل رقم 275ب : الحزاز المسطح

الشكل رقم 275ج : حزاز مسطح ضخامي

الشكل رقم 275د : الحزاز المسطح

الضخامي مع إصابة الأظافر

الشكل رقم 275 ز: الحزاز

المسطح للجلد والأظافر

الشكل رقم 275ر: الحزاز المداري

الشكل رقم 276 : حاصة ندبيه

عادة في المناطق المدارية، تتميز الآفات ببقع مدورة واضحة الحواف ذات مركز شديد الاصطباغ محاط بمنطقة قليلة الاصطباغ بسبب التعرض الشديد لأشعة الشمس .

(91/3)

الحزاز المسطح في الأغشية المخاطية: الأغشية المخاطية في جوف الفم، المثانة حشفة القضيب والمستقيم قد تصاب، حيث تكون الآفات مبيضة اللون. آفة اللسان أكثر ماتكون في قمته حيث تكون مبيضة والمركز يبدو أكثر انخفاضاً من المحيط. المبيضات البيض قد تترافق مع الحزاز المسطح لجوف الفم.

الحكة الشديدة قد تترافق مع آفات الجلد، بينما آفات الأغشية المخاطية تكون صغيرة مبيضة اللون وغير حاكة.

الحزاز المسطح الثانوي لآفات أخرى:

يوجد الحزاز المسطح مترافقاً مع بعض أمراض المناعة الذاتية، وتشمع الكبد وشذوذات كبدية أخرى، لذلك فإنه يبدو مهماً أن تجرى الفحوصات لكل المرضي المصابين بحزاز مسطح لاستقصاء كل هذه الحالات وخاصة وظائف الكبد.

) الكينين، Naproxen مثل (Bبعض الأدوية: يمكن أن تحدث ارتكاس حزازاي الشكل وهي حاصرات

) ستربتوميسين ــ ايزونيازيد ميثيل دوبا، ميتروبرومازين وكربونات اللثيوم.PASالذهب، (

التشريح المرضي:

المظاهر التشريحية المرضية هي:

ترقق في الطبقة الحبيبية.

تخرب في الطبقة القاعدية يبدي منظر مثل أسنان المنشار.

ارتشاح التهابي من اللمفاويات خاصة تحت البشرة.

المعالجة:

مضادات الهيستامين: لتخفيف الحكة الشديدة، وهي واحدة من المظاهر المزعجة المهمة للحزاز المسطح.

الستيرويدات موضعياً: غير مفيدة دائماً.

2 قد يفيد في إزالة الطفح المتضخم التغطية بالستيرويدات الفموية موضعياً في مجموعات COليرز

الأعمار الكبيرة.

الرتينوئيدات: قد تسبب تحسن في بعض حالات الحزاز المسطح.

المراجع

Black MM, Newton JA. Lichen planus. In: Thiers BH, Dobson RC, eds. The Pathogenesis of Skin Disease. New York: Churchill Livingstone, 1986: 95–85

1

Copeman PWM, Tan RSH, Timlin D et al. Familial lichen planus. Br J Dermatol 1978; 98: 7–573

2

Gilhar A, Pillar T, Winterstein G et al. The pathogenesis of lichen planus .Br J Dermatol 1989; 120: 4–541

3

Shiohara T, Moriya N, Nagashima M. The lichenoid tissue reaction: a new concept of pathogenesis. Int J Dermatol 74–365 :27 ;1988

4

Shuttleworth D, Graham-Brown RAC, Campbell AC. The autoimmune background in lichen planus. Br J Dermatol 1986; 115: 203–199

5

Odukoya O ,Gallagher G, Shklar G. A histologic study of epithelial dysplasia in oral lichen planus. Arch Dermatol 1985; 121: 6–1132

6

Hersle K, Mobacken H, Sloberg K et al. Severe oral lichen planus: treatment with an aromatic retinoid) etretinate). Br J Dermatol 1982; 106: 80–77

7

الفصل الخامس والثلاثون الأمراض الحويصلية الفقاعية

داء الفقاع

Pemphigus

هو مرض فقاعي مناعي ذاتي غير شائع، نادر عند الأطفال. هناك نوعان من داء الفقاع عند الأطفال) و(الفقاع الورقي)Pemphigus vulgarisوبشكل رئيسي الفقاع الشائع ( ). بعض الأدوية قد تثير اندفاعاً يشبه الفقاع.Pemphigus folacious(

الفقاع الشائع

Pemphigus vulgaris

هو داء نادر يصيب الجلد والأغشية المخاطية.

المظاهر السريرية:

يتظاهر المرض بفقاعات رخوة تظهر على سطح الجلد الطبيعي أو الحمامي.

قد تظهر الفقاعات بشكل أمواج أو تجمعات أو حلقية ومملوءة بنتحة مصلية دموية أو مصلية متجمعة أو نزفية.

) نكوليسكي تميز الفقاع. هذا الاختبار يمكن إجراءه بسحب الأصبع بضغط Nickolsky's signعلامة (ثابت فوق سطح الجلد المغطي للفقاعة الذي يبدو طبيعياً، إذ أن البشرة تنزلق مثل قطعة المنديل الرطب في حالة الفقاع الشائع.

الأماكن المصابة هي عادة الأماكن المعرضة للضغط أو الفرك والأغشية المخاطية للفم والحنجرة.

الأعراض في البدء قليلة مثل حكة خفيفة والإحساس بالحرقان البسيط في المنطقة المصابة.

تتمزق الفقاعات على الجلد والأغشية المخاطية مخلفة وراءها سطحاً مؤلماً متسحجاً ومتقرحاً.

الانتان الجرثومي الثانوي شائع، حيث أن الشفاء يحتاج لوقت طويل.

الشفاء يخلف عادة فرط تصبغ بدون تندب.

Fig. 283Pemphigus vulgaris Fig. 283. Pemphigus vulgaris (Flaccid Bullae(

Fig. 1–283Pemphigus) Nicoklysk's signe +ve) Fig. 2–283Pemphigus vulgaris(infected bullae(

Fig. 2–283Pemphigus of the scalp and cicatricial alopecia Fig. 4–283Pemphigus-Subungual bullae Fig. 5–283Pemphigus vulgaris)Simulating Erythema Multiformis(

الفقاع الشائع الوليدي

Neonatal pemphigus vulgaris

الفقاع الشائع غير اعتيادي في الحمل. عدة حالات تبين أنها تنتقل عبر المشيمة وتصيب الرضع وقد يكون لديهم تقرحات أو فقاعات جلدية والأغشية المخاطية وآخرين ملصاء أو حدوث إسقاط جنين ميت.

تشخيص الفقاع الشائع:

1 ــ الصورة السريرية.

2 ــ الومضان المناعي المباشر يبين نتائج إيجابية في خزعات الجلد في كل الرضع المصابين.

الجائلة وجدت في معظم الحالات.3IgG ــ أضداد الفقاع

4 ــ علامة نيكولسكي إيجابية في الفقاع الشائع.

الشكل رقم 277: فقاع شائع (فقاعات رخوة)

الفقاع التنبتي

Pemphigus vegetans

يتصف بتنبتات ضخامية تتشكل بعد تمزق الفقاعات خاصة في مناطق الثنيات.

المظاهر السريرية:

الحويصلات تصيب أولاً جوف الفم ثم تنتشر لتغطي مناطق واسعة من الجلد. الانتان الجرثومي الثانوي شائع وقد يؤدي لأعراض بنوية، رائحة كريهة من الأغشية المخاطية والآفات الجلدية.

التشخيص التفريقي للفقاع:

1 ــ الفقاع الأفرنجي: يحدث في بعض الأطفال، الفقاعات أكثر شيوعاً يحدث على قاعدة ارتشاحية على الراحتين والأخمصين، محتوياتها المصلية تحوى لولبيات كثيرة.

(94/3)

---

2 ــ القوباء الفقاعية: فقاعات القوباء العنقودية (فقاع الوليد) على جلد طبيعي.

الجرثوم المسبب قد يظهر ويستجيب للمضادات.

الشكل رقم 279: الفقاع المخاطي

الشكل رقم 280: الفقاع النبتي

الفقاع الورقي

Pemphigus folacious

هو مرض فقاعي نادر يصيب مناطق واسعة من الجلد بشكل التهاب جلد توسفي أو تسلخات جلدية.

المظاهر السريرية:

تبدأ الآفات الجلدية بشكل حويصلات تتسلخ بالتدريج وتغطى بالقشور على منطقة واسعة من الجلد. الحالة في هذه المرحلة ليست سهلة التفريق من التهاب الجلد التوسفي والآفات في الفقاع الورقي ذات توزع متناظر.

الحكة قليلة لكن يشيع الانتان الجرثومي الثانوي. عادة يسقط الشعر والأظافر.

الفقاع البرازيلي

له نفس المظاهر الجلدية للفقاع الورقي والفارق هو سن البداية. هذا النوع يبدأ في الأعمار الأبكر ويترافق مع اضطرابات غدية صماوية.

الفقاع الحمامي

Pemphigus erythematosus

تبدأ الآفات على الوجه (منطقة طفح الفراشة) والصدر. بشكل آفات حمامية متقشرة.

تشبه آفات التهاب الجلد الدهني أو الذئبة الحمامية.

التشريح المرضي للفقاع:

انحلال شواكي: انفصال الجسور والتواصل ما بين الخلايا.

فرط تقرن.

تسفنج.

خراجات دقيقة بالخلايا في البشرة مع انحلال داخل البشرة.

الأدمة تبدي ارتشاح التهاب خفيف باللمفاويات والحمضات والمصوريات.

Disseminated bullous pemphygoids.

Fig. 286d,e,f – Disseminated Bullous Pemphigoides

علاج الفقاع:

1 ــ الأدوية الجهازية:

تعتبر الستيرويدات الجهازية الخط الرئيسي في معالجة الفقاع.

البردنيزولون فموياً 3 ــ 6ملغ / كغ يومياً قد تزداد حتى 5 ــ 8 ملغ / كغ/ يوم حتى يتم السيطرة على الآفات ثم تقلل الجرعة ويستمر بالجرعات الصغيرة إذ يبقى المريض مستمراً على أقل جرعة ممكنة.

2Plasmophoresis ــ فصل البلاسما

السيكلوفوسفاميد والآزاثيوبيرين في الأعمار الكبيرة وتستعمل للمعالجة المرافقة لأنواع أخرى من العلاجات، لكن التأثيرات الجانبية السمية تحد من استعمالها في معالجة الفقاع.

3 ــ الأدوية الموضعية:

الآفات الرطبة: المحاليل المجففة مثل برمنغنات البوتاسيوم 1/9000 بالإضافة إلى كريم مضاد حيوي مثل (إذا كان هناك انتان جرثومي ثانوي أو كريم مضاد حيوي مع الستيرويدات القشري(Muperacin)

Decoderm or diprogenta cream.(

الآفات الجافة: مستحضرات الستيروئيد الفلور (مرهم) أو الخفيف يمكن استخدامه أولاً قبل استعمال الستيرويدات الفموية في الآفات الموضعية.

داء الفقاع المزمن العائلي السليم

مرض هيلي ــ هيلي

Benign familial chronic pemphigus

هو مرض وراثي نادر لاعلاقة له بالفقاع الشائع رغم أن لهما نفس الصورة التشريحية المرضية.

المظاهر السريرية:

تظهر الآفات أولاً على المناطق المعرضة للإحتكاك مثل جانبي العنق والإبطين والخاصرة، وأقل شيوعاً يصيب الفروة والأطراف.

الآفات الجلدية تتصف باندفاعات متكررة من حويصلات رخوة تحوى سائل رائق أو عكر على جلد طبيعي أو حمامي. تمتد الآفات محيطاً وقد يشفى المركز أو يبدي تنبتات رطبة ــ مسطحة ــ رخوة.

الهجوع العفوي يحدث في الجو البارد ومعظم المرضي يجدون إن الحرارة والتعرق يثيران الحالة. إصابة الأغشية المخاطية غير شائعة.

التشخيص التفريقي:

داء المبيضات

السعفة الآربية

الفقاع النبتي للنواحي المغبنية

داء داريير.

طرق المعالجة:

صادات حيوية: داء هيلي ــ هيلي يستجيب بشكل مميز للصادات الحيوية موضعياً وجهازياً.

مستحضرات مضادة للفطور: يمكن إعطاؤها إذا تواجدت الآفات الفطرية.

الستيرويدات الموضعية: بالمشاركة مع مضاد جراثيم أو مضاد فطري موضعياً(Kenacomb, Lotriderm , Decoderm Trivalent) قد تسبب صفاء آفات الجلد.

الستيرويدات الجهازية نادراً ماتستطب على عكس الفقاع حيث أنها تعتبر الخط الرئيسي للمعالجة.

(96/3)

الفقعان الفقاعي

Bullous pemphygoides

هو مرض حويصلي مناعي ذاتي نادر في الطفولة ويتصف بتراكم الــ أضداد IgG في الوصل البشروي

الأدمي بشكل شريط خطي.

) على العكس يبدي بالومضان المناعي تراكم Dermatitis herpetiformisأما التهاب الجلد الحلئي(

" في الوصل البشروي ــ الأدمي. وبهذا يمكن أن يفرق التهاب الجلد الحلئي الشكل عن IgAأضداد الـــ"

الفقعان الفقاعي.

الشكل رقم 281: الفقعان الفقاعي

الأشكال السريرية للفقعان الفقاعي:

الفقعان الفقاعي الشبابي.

الفقعان الضموري وغير الضموري.

الفقعان المخاطي الموضع.

الفقعان الفقاعي المنتشر.

بعض أنواع الفقعان الفقاعي قد تترافق مع الحمل.

المظاهر السريرية:

1 ــ الأشكال الموضعية: تبدو بشكل عدة آفات حاكة بحجوم مختلفة بشكل عناقيد على سطح حمامي ومملوءة بسائل رائق أو نزفي. أشيع أماكن الإصابة هو الراحتين والأخمصين مما يخلط التشخيص مع الأكزيما. الأغشية المخاطية للفم والملتحمة قد تصاب مؤدية إلى تندب بعد الشفاء.

2 ــ الأشكال المنتشرة: تصيب مساحات ممتدة واسعة من الجسم خاصة على البطن والجانبين الداخليين للطرفين.

طرق المعالجة:

نفس الخطوط المطبقة للفقاع، بالستيرويدات القشرية وكابتات المناعة قد تكون معالجة فعالة.

الفقعان الفقاعي في الطفولة

التهاب الجلد الشبابي الحلئي الشكل

Bullous pemphygoid of childhood

هو مرض فقاعي مزمن في الطفولة. وهو نادر. عدة أسماء أعطيت لهذا المرض مثل الفقعان الفقاعي عند الأطفال ــ التهاب الجلد الحلئي الشكل الشبابي، الفقعان الشبابي والتهاب الجلد الحلئي الشكل الفقاعي الطفلي.

المظاهر السريرية:

عناقيد كبيرة تصبح ممتدة كثيراً، تصيب عادة الأعضاء التناسلية والأرداف وباطن الفخذين. معظم المرضي لديهم آفات في الفروة، حول الفم وبشكل أقل شيوعاً يمتد إلى الأغشية المخاطية بالفم.

(97/3)

تسيطر الفقاعات الكبيرة الرائقة وأحياناً دموية، وعادة تنشأ على جلد طبيعي سابقاً وفقط بشكل نادر فإن الآفات تظهر مع آفة شروية وحطاطات. قد تنجم الفقاعات الجديدة بشكل عنقود وحول الآفة يشبه مايسمي «عقد الجواهر».

الشفاء قد يكون سريعاً مع فرط تصبغ، لكن بشكل عام بدون ندبات.

الحويصلات والفقاعات حاكة بشكل معتدل، خاصة فوق منطقة الحوض وماحول الفم.

العينان غالباً تصاب بالحرقة والحكة ونادراً مايوجد ندبات في الملتحمة.

التشخيص التفريقي:

الحصف أو القوباء الفقاعية: قد يشبه الآفات البدئية للفقعان الفقاعي الشبابي لكن فترتها القصيرة واستجابتها للصادات الحيوية قد يفيد في التفريق.

انحلال البشرة الفقاعي: غالباً يوجد منذ الولادة والآفات عندما تشفي تترك تندباً في الجلد والأغشية المخاطية.

السلس الصباغي والتهاب جلد النهايات باعتلال الأمعاء: قد يحدث صعوبةً في التشخيص، لكن البداية للفقاعات خلال الأسابيع الأولى من الحياة في الداء السابق وآفات الأغشية المخاطية لهذا الأخير قد تساعد تلك في التفريق بين المرضين.

الشري الحطاطي الفقاعي: نادراً مايصيب الوجه والأعضاء التناسلية وعادة ذو فترة قصيرة.

الفقاع: نادر عند الأطفال والتشخيص يعتمد على الصورة السريرية والمظاهر النسجية والمناعية.

3 "في الغشاء القاعدي يؤكد C "و" IgGقد يبدي الفقعان مظاهر سريرية تشبه الفقاع لكن ترسبات الـــ " التشخيص.

التهاب الجلد الحلئي الشكل

Dermatitis herpetiformis

هو مرض جلد فقاعي حاك، يشاهد أحياناً عند الأطفال وهو ذو منشأ مناعي وقد يترافق مع الداء الزلاقي

) ، التوترات العصبية والنفسية لها دور كعامل مؤهب.Coeliac disease(

المظاهر السريرية:

الآفات الجلدية: تبدأ بشكل حطاطات حمامية حاكة متسحجة، آفة شروية أو حويصلات أو فقاعات صغيرة متجمعة.

تظهر الآفات على السطوح الباسطة من الأطراف خاصة الركبتين والمرفقين والإبط والجذع والكتفين والوجه والفروة.

(98/3)

في المرحلة المتأخرة قد تتظاهر بتصبغ وندبات متجمعة.

آفات الفم: غير شائعة.

تصبغ مترقي في مواقع الآفات الجلدية يحدث في نصف الحالات.

الشكل رقم 282: التهاب الجلد الحلئي (حطاطات متسحجة)

الشكل رقم 283: التهاب الجلد الحلئي (حطاطات متسحجة)

الشكل رقم 285: التهاب الجلد الحلئي

قد يترافق التهاب الجلد الحلئي الشكل مع اعتلال الأمعاء المعدي المعوي في شكل الداء الزلاقي عند الأطفال. يصيب التهاب الجلد الحلئي الشكل المناطق التناسلية، الطيات الإبطية. الناحية العجزية والأرداف والسطوح الباسطة للأطراف.

المرض عند الأطفال عادة لايسبب الأعراض وأكثر شيوعاً عند الذكور وهو لايستجيب عند الأطفال لعلاجات السلفابيردين أو الأدوية الأخرى التي تكون فعالة عند البالغين.

التهاب الجلد الحلئي الشكل في الطفولة قد يبدأ بشكل حطاطي حويصلي أو فقاعي وقد يمتد إلى الكهولة حيث يبدي سير تفاقم وهجوع بالتناوب.

في الوصل البشروي الأدمي.IgAالتهاب الجلد الحلئي الشكل يظهر بالومضان المناعي إذ يبدي تراكم

التشخيص التفريقي:

التوزع المتناظر، تجمع الآفات. الحكة الشديدة وتعدد الأشكال، والاستجابة للسلفابيريدين والدابسون قد تفرق المرض عن غيره.

التشريح المرضي:

وذمة في قمم الحليمات الأدمية وارتشاح بالمعتدلات والحمضات.

انفصال ما تحت البشرة.

تشكيل فقاعات.

تخرب أو ضمور قمم الحليمات.

انفصال البشرة وأطراف الأدمة يؤدي إلى حويصلات.

طرق المعالجة:

1 ــ الدابسون

هو دواء فعال، ويجب الحذر الشديد عند استخدامه بسبب احتمال التأثيرات الجانبية المختلفة.

مراقبة المريض بشكل دائم مهم جداً أثناء المعالجة بسبب احتمال سمية الدواء وفقر الدم الانحلالي والميتهيموجلوبينميا.

استطبابات الدابسون في الأمراض الجلدية المختلفة:

التهاب الجلد الحلئي الشكل.

الحمامي المرتفعة الــ Erythema diutinum.

الأمراض الفقاعية (الفقعان، فقعان الأغشية المخاطية).

الداء الفقاعي المزمن عند الأطفال.

الاندفاع الفقاعي في الذئبة الحمامية الجهازية.

الجلاد البثري تحت القرني.

التقيح الجلدي المواتي .

) مثل التهاب المفاصل الرثواني.Collagen diseaseأمراض الغراء (

التهاب الغضروف المتعدد الناكس.

حبوب الشباب المكببه.

التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض.

الورم الحبيبي الوجهي.

جرعة الدابسون:

الجرعة البدئية عند البالغين 50 ـــ 100 ملغ / يوم، وقد تزداد الجرعة حتى 400 ملغ / يوم حسب استجابة المريض . الجرعة التي يستمر عليها بعد السيطرة على المرض قد تكون 25ملغ/كغ.

بعض المرضى يمكن السيطرة على حالتهم بجرعات أقل.

السمية:

سمية الدابسون قد تكون مشكلة كبرى، لكن رغم ذلك فقد يكون أقل تأثيرات جانبية مديدة من الستيرويدات القشرية والسلفابيريدين.

التأثيرات الجانبية الأكثر شيوعاً هي:

الانحلال الدموي.

متهيموجلوبيلونيمية (فرط متهيموغلوبين الدم).

هذا شائع أيضاً ومسؤول عن الشفاه المزرقة.

الفحوص المخبرية الدموية المنتظمة لكشف المتهيموجلوبين والشبكيات وأيضاً الكريات البيض والصفيحات يجب أن تجري في كل المرضي خلال الشهور الأولى من بدء العلاج بالدابسون.

تدمير النخاع.

اعتلال أعصاب محيطية.

طفح دوائية.

أذية كلوية.

نقص البيومين الدم.

ركودة صفراوية.

الاضطرابات النفسية.

عقم ذكري عكوس.

2 ـــ السلفابيريدين:

أقل فعالية من الدابسون بشكل عام وفي الجرعة الفعالة يميل لأن يسبب أكثر تأثيرات جانبية خاصة تثبيط النقي (النخاع).

الجرعة الاعتيادية 0.5 غ مرتان أو ثلاث يومياً.

سلفابيريدين 1ـــ2 غ / يوم يحسن بعض حالات التهاب الجلد الحلئي الشكل.

الحمية الغذائية الخالية من الجلوتين: لتحسين الداء الزلاقي قد تجرب عند عدم الاستجابة للدابسون حيث لها تأثير رئيسي على الطفح الجلدي.

" للحالات غير المستجيبة للخطوط الأخرى العلاجية:3ACTH ــ الستيرويدات القشرية و"

4 مضادات الهيستامين وستيرويدات موضعية.

(100/3)

الجلادات البثرية تحت القرنية

Subcorneal pustular dermatoses

هذا المرض لايعتبر التهاب جرثومي أو انتانات جلدية حيث لا يمكن زرع العصويات من الآفات الحديثة وقد تم رصد الـــIgG , IgA.

المرض يصيب بشكل رئيسي النساء المسنات وفي المرضي الأصغر. لا تتأثر الصحة العامة لكن قد يشاهد الورم النفوي في مجموعات الأعمار الكبيرة.

المواقع الأكثر إصابة هي السطوح العاطفة للأطراف، الإبطين، ناحية تحت الثديين والخاصرة.

المرض ذو سير ناكس ــ مزمن ــ سليم والاندفاع البثري ذو مظهر نسيجي مميز من فقاعات تحت الطبقة القرنية تحوى على معتدلات.

المظاهر السريرية:

الآفة تتميز بـــ:

حويصلات متجمعة عابرة تصبح حالاً بثرات مختلفة الأشكال، حلقية، التفافية أو منتشرة محيطياً مع حواف اندفاعية زاحفة الشكل.

تمزق البثرات تخلف قشوراً نخالية (كالورق) ومنطقة تصبغ بنية فاتحة.

الاندفاع قد يظهر على موجات متتالية في بعض المناطق بعد الشفاء.

التشخيص التفريقي:

(.Impetigoالقوباء أو الحصف الجلدي)

يمكن تفريقها بسهولة بوجود العوامل المحرضة والاستجابة للصادات.

(.Dermatitis herpetiformisالتهاب الجلد الحلئي الشكل)

igAيمكن تفريقه بالمظاهر السريرية المناعية واستجابته للدابسون والسلفابيريدين. الجلوبيولينات المناعية يمكن تحديدها في التهاب الجلد الحلئي الشكل، في كلاً من منطقة الفقاعات والجلد الطبيعي.

)Pemphigus folaciousالفقعان الورقي (

يبدي فقاعة داخل البشرة بدون انحلال شائك أو حتى استجابة للدابسون ولكنه ذو ومضان مناعي مباشر متميز.

)Eosinophilic spongiosisالتسفنج بالحمضيات(

يختلف بالنموذج السريري وإيجابية الومضان المناعي المباشر، لكن الخزعات المتكررة قد نحتاج لأخذها للحصول على المنظر النسيجي الأسفنجي النموذجي.

(101/3)

): قد يشبه الجلاد البثري تحت القرني بشكل قريب سواء بنوع Pustular psoriasisالصداف البثري (فون ــ زومباخ الحاد أو البثرات الصغيرة أو الشكل المنتشر الحلقي.

على كلٍ التاريخ المرضي، المظاهر السريرية للداء والاستجابة للدابسون وحقيقة أن البثرة تحت القرنية تكون على سطح البشرة أكثر من كونها جزء منها وذلك فرق هام للتفريق بين المرضين.

الداء الفقاعي السليم المزمن للطفل يمكن أن يحدث بثرة تحت المنطقة القرنية من البشرة.

(:Erythema multiformeالحمامي عديدة الأشكال (

التوزع، التناظر، الميل للشكل القزحي والفقاعات مميزة لها.

(:Pustular bacteridالبثرات الانتانية (

اندفاع بثري معمم يتلو انتان طرق تنفسية علوية يبدي أحياناً بثرات تحت القرنية الجلدية.

طرق المعالجة:

معالجة موضعية:

العناية بالصحة العامة والجلد المتسحج.

تجفيف الآفات بالبرمنغنات البوتاسيوم 9000/1 .

قد يكون له بعض التأثير.Aكريم الفيتامين

الستيرويدات الموضعية غير مفيدة عادة.

المعالجة الجهازية:

الدابسون هو الدواء المختار ومن الممكن أن يعطي نتائج جيدة.

جرعة الدابسون 50 ـــ150 ملغ / يوم للبالغين. والجرعة عادة تراقب حسب وزن وعمر المريض وشدة المرض.

المراجع

Kandhari KC, Singh G .Chronic benign pemphigus of Hailey and Hailey in an Indian child. Br J Dermatol17–212 :75 ;1963

1

Chorzelski T, Jablonska S, Blaszczyk M .Immunopathological investigations in the Senear Ushersyndrome (coexistence of pemphigus and lupus erythematosus). Br J Dermatol 1968; 80: 17–211

2

De Jong MCJM, Doeglas HMG, Dijkstra JWE. Immunohistochemical findings in a patient with penicillamine pemphigus. Br J Dermatol 1980; 102: 7–333

3

Parodi A ,Stanley JR, Ciaccio M et al. Epidermal antigens in pemphigus vegetans. Report of a case. Br J Dermatol 1988; 119: 802–799

4

Savin JA. The events leading to the death of patients with pemphigus and pemphigoid. Br J Dermatol 1979; 101: 34–521

5

Savin JA. Some factors affecting prognosis in pemphigus vulgaris and pemphigoid. Br J Dermatol 20–415 :104 ;1981

6

Eyre RW, Stanley JR. Identification of pemphigus vulgaris antigen extracted from normal human epidermis and comparison with pemphigus foliaceus antigen. J Clin

Invest 1988; 81: 12–807

7

Seah PP, Fry L, Cairns RJ et al. Pemphigus controlled by Sulphapyridine. Br J Dermatol 1973; 81–77 :89

8

Barthelemy H, Frappaz A, Cambazard F et al. Treatment of nine cases of pemphigus vulgaris with cyclosporin. J Am Acad Dermatol 1988; 6–1262 :18

9

Lever WF, White H. Treatment of pemphigus with corticosteroids .Arch Dermatol 1963; 87: 26–12

10

Lever WF, ed. Pemphigus and Pemphigoid .Springfield: Thomas, 1965

11

Berk MA, Lorincz AL. The treatment of bullous pemphigoid with tetracycline and niacinamide. Arch Dermatol 1986; 4–670 :122

12

Burton JL, Harman RRM, Peachey RDG et al. Azathioprine plus prednisone in treatment of pemphigoid. Br Med J 1978; ii: 91–1190

13

Eng AM, Moncada B. Bullous pemphigoid and dermatitis herpetiformis. Arch Dermatol7–51 :110 ;1974

14

Venning VA, Millard PR, Wojnarowska F. Dapsone as first line therapy for bullous pemphigoid. Br J Dermatol 1989; 92–83 :120

15

Smith AN, Cram DE. A mechanobullous disease of the newborn) Bart's syndrome). Arch Dermatol 1978; 114: 4–81

16

Jablonska S ,Chorzelski T, Beutner EH et al. Juvenile dermatitis herpetiformis in the light of immunofluorescence studies. Br J Dermatol 1971; 85: 13–307

17

Kim R, Winkelmann RK. Dermatitis herpetiformis in children. Arch Dermatol ;1961
902–895 :83
18
Jordan RE, Bean SF, Triftshauser CT et al. Childhood bullous dermatitis
herpetiformis. Arch Dermatol 1970; 101: 34–629
19
Grant PW. Juvenile dermatitis herpetiformis. Trans St John's Hosp Dermatol Soc
36–128 :54 ;1968
20
Chorzelski TP, Jablonska S. IgA linear dermatosis of childhood (chronic bullous
disease of childhood). Br J Dermatol 1979; 42–535 :101
21
Adam BA, Rajagopalan K. Immunofluorescence in chronic bullous dermatosis of
childhood. Australas J Dermatol 1979; 20: 8–46
22
Pock-Steen O Ch, Niordson A-M. Milk sensitivity in dermatitis herpetiformis. Br J
Dermatol19–614 :83 ;1970
23
Faber WR, van Joost Th. Juvenile pemphigoid. Br J Dermatol 1973; 89: 22–519
24
Marsden RA, Skeete MVH, Black MM. The chronic acquired bullous diseases of
childhood. Clin Exp Dermatol 1979; 40–227 :4
25
Wojnarowska F, Marsden RA, Bhogal B et al. Chronic bullous disease of childhood,
childhood cicatricial pemphigoid and linear IgA disease of adults. J Am Acad
Dermatol 1988; 19: 805–792
26
Hall RP, Lawley TJ, Katz SI. Bullous eruption of systemic lupus erythematosus. J Am

Acad Dermatol 9–797 :7 ;1982

27

Jacoby RA, Abraham AA. Bullous dermatosis and systemic lupus erythematosus in a 15-year-old boy. Arch Dermatol 1979; 97–1094 :115

28

Olansky AJ, Briggaman RA, Gammon WR et al. Bullous systemic lupus erythematosus. J Am Acad Dermatol 1982; 7: 20–511

29

(104/3)

Sneddon IB. Subcorneal pustular dermatosis. In: Rook AJ et al., eds. Textbook of Dermatology 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 4–1473 :1979

30

Burrows D, Bingham EA. Subcorneal pustular dermatosis and IgA gammopathy. Br J Dermatol 1984; 111(Suppl. 26): 3–91

31

Tegami H ,Iwatsuki K, Iwase Y et al. Subcorneal pustular dermatosis with vesiculobullous eruption: demonstration of subcorneal IgA deposits and a leukocyte chemotactic factor. Br J Dermatol 1983; 109: 7–581

32

الفصل السادس والثلاثون مرض الحكاك

Prurigo

يشير مصطلح «الحكاك» إلى آفات جلدية حاكة بشدة بدون سبب واضح.

يعتبر المرض عادة واحداً من أمراض الجلد الحاكة ولذلك فإن الآفة تترافق مع سماكة جلدية وتصبغ.

مرض الحكاك يتصف بالحطاطات الحاكة التي تكون ذات شكل الهرم وذات حويصلة صغيرة في أعلى الحطاطات والبثرة عادة لاتكون ظاهرة حيث تتسلخ مع الحكة الشديدة.

عادة تظهر الآفة على شكل آفة سحجية نتيجة التخريش الشديد.

الحطاطات المتقشرة عادة تلاحظ أكثر من الآفة الحطاطية البدئية مع حويصلها.

أنواع مرض الحكاك:

(1Prurigo simplex ــ الحكاك البسيط)

(2Pruriginous dermatoses ــ الأمراض الجلدية الحاكة)

الأكال البسيط

Prurigo simplex

هذا النوع من الحكاك يظهر عادة في الأشخاص ذوي الأعمار البسيطة وعند الجنس ذوي البشرة الداكنة.

الأماكن الشائعة للإصابة هي السطوح الباسطة من الأطراف والجذع والوجه والفروة.

الشكل رقم 286: أكال بسيط (حطاطات متسحجة)

الشكل رقم 287: أكال بسيط

المظهر السريري:

الصورة السريرية متنوعة، حيث أن الحطاطات الأكالة توجد على شكل حطاطات منبسطة وفي أعلاها بثرة صغيرة تكون عادة غير ظاهرة للعيان بسبب تسلخها نتيجة للهرش الشديد الذي يسببه المرض.

حطاطات متسحجة، أو بشكل آفة جلدية متصبغة حزازية تشبه التهاب الجلد العصبي أو التهاب الجلد الحلئي الشكل.

الأشكال السريرية للأكال

(Nodular prurigoالأكال العقيدي)

و حكاك مزمن عند البالغين ويشبه الشري الحطاطي المنتشر الناجم عن لدغ الحشرات. السبب غير معروف رغم أن التوترات النفسية والعاطفية تبدو أنها لها دور في التهيئة للمرض. لدغ الحشرات خاصة بعد التعرض المتكرر في الأشخاص الذين لديهم استعداداً قد تلعب دوراً مهماً.

المرض أكثر شيوعاً عند البالغين وأكثر ما يكون مع بداية الربيع والصيف. الآفة الموضعية توجد على الجذع والعنق وتبدو بشكل حطاطات حمراء حاكة تترافق أحياناً إلى نموذج شبكي وفرط تصبغ شبكي.

الحكاك من هذا النوع يحدث أحياناً مع الأمراض الخبيثة، خاصة اللمفوما وداء هودجكن وإحمرار الدم (الكظة الدموية).

المظاهر السريرية:

الأكال يعتبر واحداً من الأمراض الجلدية الشائعة حيث يسبب حكة شديدة وأحياناً غير محتملة خاصة عند الأشخاص غير المستقرين نفسياً.

الشكل رقم 288: الحكاك العقيدي

الشكل رقم 289: الحكاك العقيدي

يتألف الاندفاع من حطاطات متهيجة صغيرة أكثرها عدداً على السطوح الباسطة للأطراف وأعلى الجذع والأرداف مع توزع متنوع جداً.

الأكال العقيدي قد يظهر على الفروة كآفة معزولة أو كجزء من المرض الذي يصيب الأجزاء الأخرى من الجسم.

الأكال العقيدي في الفروة ليس من السهل تفريقه عن التهاب الجلد العصبي، السير قد يكون مستمراً لشهور أو سنوات أو قد يكون هناك هجوع جزئي أو تام.

الآفة الشخصية هي عقيدة كروية قاسية، بقطر 1 ـــ 3 سم مع سطح ثؤلولي مرتفع.

الآفة الباكرة هي بلون أحمر وقد تبدي محتوياً شروياً متنوعاً، لكن كل الآفات تميل للتصبغ.

(106/3)

التقشر والتشقق قد يغطي الآفات الجلدية المتسحجة حديثاً، ويوجد منطقة دائرية غير منتظمة من فرط التصبغ مباشرة حول العقيدات وتكون الآفات عادة متجمعة.

العقيدات الجديدة تحدث من وقت لآخر، لكن العقيدات الموجودة قد تبقي حاكة رغم أن بعضها قد يتراجع عفوياً لتخلف وراءها ندبات، والداء يسير بسير طويل الأمد.

التشخيص:

العقيدات المتناظرة الكبيرة والحكة الشديدة هي عادة من المظاهر التي تساعد على التشخيص.

التشخيص التفريقي:

التهاب الجلد العصبي.

التهاب الجلد الحلئي الشكل.

الجلادات الأكالية.

الشري الحطاطي «لدغ الحشرات».

الأمراض الجلدية المصحوبة بحكة

(الجلادات الأكالية)

هي أمراض جلدية مختلفة تترافق مع حكة وآفات حطاطية، حيث إن بعضها يترافق مع آفات شروية، تأكزم وتحزز.

الأشكال السريرية للحكاك:

أكال بينير (Besniers prurigo): هو آفات انعطافية متحززة مزمنة ويعتبر شكل من الأكزيما الاستشرائية (التأبتية).

أكال هتشنسون الصيفي (Hutchinson summer prurigo): هو نوع يحدث نتيجة التعرض الشديد لأشعة الشمس.

الأكال المزمن العديد الأشكال (Prurigo chronica multiform): يتظاهر بعقيدات حاكة، تحزز ــ تأكزم وضخامة عقد لمفية وفرط حمضات الدم.

أكال هبرا (Hebra prurigo): هو نادر التشخيص حالياً وحالته تحت الجدال.

معظم الحالات تحدث في الأشخاص التأبتيين ودور التغذية الفقيرة والحالة الصحية السيئة تعتبر عوامل مؤهبة. احتمال أن بعض الحالات تمثل الشري الحطاطي المعدل عند طفل تأبتي. يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار.

المعالجة هي ذاتها معالجة الأكزيما التأبتية.

الحاك اللطيف(Prurigo mitis) : يبدأ باكراً في الطفولة ويتصف بنوع واحد من حطاطات مسطحة القمة حاكة بشدة، حمامية أو فا تحة اللون، صغيرة مدورة ومحاطة بحويصلة. الحكة الشديدة تؤدي إلى تسجح والتأكزم وبعد شفاء الآفات قد تترك تندب جلدي.

): شائع عند البالغين مع بداية فصل الربيع والصيف، الآفة Prurigo pigmentosaالأكال الصباغي (
الموضعية توجد على الجذع والعنق وتمثل حطاطات حمراء حاكة تترافق أحياناً مع شكل شبكي، وأخيراً
تستبدل بفرط تصبغ شبكي الشكل.

المعالجة:

الدابسون: الحكة والآفات الجلدية تستجيب بشكل دراماتيكي للدابسون.

مينوسكلين: هو الدواء المختار للبالغين. الجرعة اليومية 200 ملغ ويتوقع أن يزيل الآفات الجلدية خلال عدة أيام.

(:Prurigo agraأكال آجرا)

هذا الشكل له استعداد عائلي مع قصة ارتكاسات تحسسية.

المظاهر السريرية:

حطاطة حاكة متسحجة قاسية مترافقة مع تحزز والانتان الثانوي شائع. التبثر والندبات تحدث بسبب التخريش الشديد وتسحج الآفات.

أسباب الأكال:

تعتبر أحيا ناً كعوامل مؤهبة أكثر من أنها عوامل مسببة حقيقية.

1 ــ عوامل خارجية: لدغ الحشرات. الطفيليات الهاجرة، تماسات أرجية، عوامل فيزيائية كالحرارة والبرد والضوء.

2 ــ عوامل داخلية .

التوترات العصبية وعدة عوامل نفسية المنشأ.

عوامل غدية صماوية.

تحسس من الطعام والدواء.

انتانات: بؤرة انتانية داخلية مثل التهاب اللوزات المزمن والتهاب الجيوب المزمن.

التشخيص التفريقي:

التهاب الجلد الحلئي الشكل.

التهاب الجلد العصبي.

التهاب الجلد التأبتي المزمن.

الحلأ الحملي.

المعالجة:

العلاجات الموضعية ذات قيمة قليلة.

تجنب المواد المخرشة ولدغات الحشرات.

تجنب فرط الحرارة أو تعرض الجلد للبرد.

الحقن داخل الآفة: للحطاطة بالستيرويدات مثل "تريام سينولون" هو غالباً مفيد.

مضادات الهيستامين (Zyrt ec) ملغ أو (Atara x 10. قد يفيد في تخفيف الحكة. 25) ملغ و100 ملغ

المهدئات: قد تفيد جداً خاصة في المرضي المضطربين عاطفياً. الجرعات الأعلى تعطي قبل النوم مساءاً، حيث إن الحكة تكون أشد في بعض المرضي بسبب دفء الجلد خاصة في الشتاء.

(108/3)

الستيرويدات القشرية المديدة (Kenalog 40mg or Depot Medrol, I.M 4ـــ2 : يمكن إعطاؤها كل) أسابيع .

البينوكسابروفن: يستخدم أيضاً بنجاح في بعض الحالات.

الثاليدوميد: يحتمل إنه العلاج الأكثر فعالية إذا لم يكن مضاد استطباب بسبب خطرة على الحمل، حيث أنه يوجد بعض الاعتلال الأعصاب المؤلم.

المراجع

Aso, M., Miyamato T, Morimura T et al. Prurigo pigmentosa successfully treated with minocycline. Br J Dermatol 1989; 8−705 :120

1

Cotterill JA, Ryatt KS, Greenwood R. Prurigo pigmentosa. Br J Dermatol 1981; 105: 10−707

2

Doyle JA, Connolly SM, Hunziker N et al .Prurigo nodularis: a reappraisal of the clinical and histological features. J Cutan Pathol 1979; 6: 392

3

Hindson C, Lawlor F, Waks H. Treatment of nodular prurigo with benoxaprofen. Br J Dermatol 1982; 107: 369

4

Jorizzo J, Gath S, Smith EB. Prurigo - a clinical review. J Am Acad Dermatol 1981; :4

9–723

5

Boss JM, Matthews CNA, Peachey RDG et al. Speckled hyperpigmentation, palmo-plantar punctate keratoses and childhood blistering. Br J Dermatol 1981; 105: 85–579

6

Van der Broek H. Treatment of prurigo nodularis with thalidomide. Arch Dermatol 1980; 116: 2–571

7

الفصل السابع والثلاثون أمراض النسيج الضام

Connective tissue diseases

هي أمراض مناعية ذاتية. الإصابة الرئيسية تكون في النسيج الضام، وتتصف بمظاهر جلدية وجهازية واضحة.

أنواع أمراض النسيج الضام:

(:Collagen-vascular diseasesأمراض الغراء الوعائية الدموية)

في هذه المجموعة تحدث الأذية في النسيج الضام بسبب الارتكاس المناعي المعقد الذي يشمل المستضدات الذاتية المنشأ.

تشتمل هذه المجموعة: الذاتية الحمامية الجهازية ــ الحمي الرثوبة ــ التصلب الجهازي والتهاب الجلد والعضلات.

):مثل تناذر اهلردانلوس.Genetic groupالمجموعه الجينية)

):مثل الاسقربوط والمران الشيخي.Degenerative groupالمجموعة التنكسية)

الذئبة الحمامية

Lupus erythematosus

هو مرض نسيج ضام مناعي ذاتي، ويشمل الذئبة الحمامية الجهازية المترافقة مع مظاهر جلدية معقدة، والذئبة الحمامية القريصية ذات المظاهر الجلدية فقط.

يفترض أن عوامل وراثيه وطفرات جسمية قد تساهم في الآلية المرضية حيث توجد الجلوبولينات المناعية في الوصل البشروي الأدمي.

)DLEالذئبة الحمامية القريصية (

هي مرض مناعي ذاتي ولكن ذو سير مزمن، يصيب الإنا ث أكثر من الذكور في أي عمر من الأعمار لكن البالغين أكثر إصابة من الأطفال.

بداية الآفات قد تكون محرضة بعدة عوامل مثل التوترات العصبية، الرض، الانتان والتعرض الشديد والأدوية مثل الايزونيازيد والجريزوفولفين.PUVAلأشعة الشمس والـــ

المظاهر السريرية:

بقع واضحة الحدود مفرطة التقرن، متقشرة محمرة اللون موضعية ذات حجوم مختلفة تظهر على المناطق المعرضة للشمس خاصة الوجه واليدين والفروة. تتصف الآفات بانسداد جرابي وقشور ملتصقة وانسداد تقرني تحتل الأقنية الشعرية الدهنية المتوسعة. الانسداد الجرابي من الصفات المميزة.

الآفة ذات سير مزمن وتميل للشفاء مع ضمور وتندب وتغيرات صباغية.

آفات الفروة تؤدي إلى حاصة ضمورية مسيطرة.

توسع الشعريات مظهر شائع وتبدي الآفات عادة فرط تصبغ في الحواف.

الشكل رقم 290: ذئبة حمامية قريصية

الشكل رقم 291: ذئبة حمامية قريصية

الشكل رقم 292: حاصة ضمورية

الشكل رقم 293: ذئبة حمامية قريصية (طفح الفراشة)

التشخيص:

المرض ذو مظاهر سريرية ومخبرية وتشريحية مرضية مميزة.

التشريح المرضي:

التغيرات التشريحية المرضية تشمل خمس علامات رئيسية:

1 ــ فرط تقرن مع سدادات قرانية.

2 ــ ضمور في طبقة خلايا مالبيجي.

3 ــ بقع تنكس تميعي في الخلايا القاعدية.

4 ــ تنكس محب للأساس في الغراء.

5 ــ ارتشاح لمفا وي بقعي حول الأوعية.

الموجودات المخبرية:

) للأفرنجي قد تكون إيجابية.1BFB ــ نقص البيض ــ نقص الصفيحات والإيجابية الكاذبة البيولوجية (

سلبي عادة.2LE ــ خلايا

التشخيص التفريقي:

" لكن SLE قد يصبح منتشراً ليصيب مناطق واسعة من الجلد ويشبه الــ" DLEالذئبة الحمامية الجهازية: الــ

سلبية.LEبدون إصابة جهازية للأعضاء الداخلية وعادة يبدي خلية

) DLEالاندفاع الصباغي عديد الأشكال: الآفات أكثر سطحية، التندب قليل إذا ماحدث ذو سير أقصر من(

والاندفاع عديد الأشكال.

التهاب الجلد المثي (الدهني): الأماكن المصابة هي المناطق الدهنية، الآفة الجلدية هي بقع محدودة الحواف

دهنية متقشرة والشفاء بدون تندب أو ضمور.

الصداف: البقع الجافة الفضية المتقشرة لا تبدي ضموراً ولاتندباً.

المعالجة:

الوقاية ضرورية جداً.

حماية المريض من التعرض المباشر لأشعة الشمس باستخدام واقيات الشمس خاصة على شواطئ البحر.

الحرارة والبرودة الشديدة قد تؤدي إلى تفاقم الآفات الموجودة سابقاً.

الستيرويدات الموضعية أو الفموية أو الكلوروكوين.

أحياناً تتخسن بعض الحالات من الاترتينات.

الذئبة الحمامية الجهازية

Systemic lupus erythematosus

هو مرض من أمراض النسيج الضام ذو استعداد عائلي وسوء وظيفة مناعية شديدة. يتصف المرض

بإصابة عديدة للأجهزة، وقد تصيب أي عمر خاصة البالغات من الإناث. الجلوبولينات المناعية خاصة

1) قد تبدو في الوصل البشروي للأدمة ويظهر C 3,C معاً مع المتممة (IgA و IgM وبنسبة أقل الــ IgG

ذلك بواسطة الومضان المناعي المباشر.

المظاهر السريرية:

1 ــ المظاهر السريرية العامة

(111/3)

الذئبة الحمامية الجهازية تترافق مع أعراض مهمة مثل حمى خفيفة الدرجة، متقطعة، ألم بطني وصدري، ضعف ــ تعب وألم مفصلي. هذه الأعراض قد تستمر لفترة طويلة قبل ظهور الآفة الجلدية أو لاتترافق مع أي مظهر جلدي آخر.

2 ــ المظاهر الجلدية

يبدأ الإندفاع عادة في الأجزاء من الجلد الأكثر تعرضاً لأشعة الشمس. يتظاهر الطفح الجلدي بلطخات برفريه حمامية وتوسع الشعريات الدموية.

تظهر الآفة الجلدية في حوالي نصف الحالات بشكل آفات غامقه سطحية على المناطق المعرضة للشمس خاصة الوجه الذي يعطيها منظر الفراشة. قد تكون الآفات وحيدة الجانب لكن عادة ثنائية الجانب ومتناظرة، ويوجد عادة ضمور في الآفات مثل DLE.

البرفريات مظهر شائع للــ SLE.

الشكل رقم 294: ذئبة حمامية جهازية (وذمة عرقية عصبية)

الشكل رقم 295: ذئبة حمامية جهازية

3 ــ المظاهر الجهازية

الحمى: عادة من النمط المتقطع.

ألم بطني وصدري مهم: يتعلق بإصابة الأعضاء الداخلية.

تغيرات دموية: نقص الكريات البيض، فقر دم ونقص الصفيحات. ناجم عن تثبط النقي.

إصابة المفاصل: متعددة المفاصل ناجمة عن إصابة الأغشية المصلية والزليلية والتهاب المفاصل.

برفرية وحمامية غامقة SLE والبرفريات هي علامات مهمة لـــ

الشكل رقم 296: الذئبة الحمامية الجهازية لطاخات المتعددة

إصابة الكلية: بيلة دموية، بيلة البومينية ضعيفة، فرط التوتر الشرياني ووذمة تنجم عن تسمك الشعريات

الكبية مع تنخر موضعي يعرف باسم آفة عقدة الخيط.

تغيرات قلبية: علامات التهاب التامور والتهاب العضلة القلبية والتهاب الشفاف تؤدي إلى آفات تنبتية على الدسامات وتعرف باسم «تناذر ليبمان ــ ساك».

التغيرات الوعائية: قد تكون معممة تصيب معظم الأوعية الدموية للجلد والأعضاء الداخلية وتؤدي إلى مظاهر مختلفة ومعقدة.

المظاهر العصبية: صرع واختلاجات.

الذئبة الحمامية الجهازية عند الوليد

Neonatal systemic lupus erythematosus

(112/3)

عند الوليد هو تناذر نادر يحدث في ولدان الأمهات المصابات بمرض النسيج الضام .SLE

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية

آفات حمامية حلقية أو قريصية قد توجد عند الولادة ولكن عادة تحدث خلال الشهرين الأوليين من الحياة، وأحياناً تثار بأشعة الشمس.

أحياناً قد تكون الآفات برفرية على كل من الوجه والجذع معاً.

يتحسن الطفح بعد 4 ــ 6 شهور وتزول تماماً خلال سنة بدون تندب.

الرضيع المصاب بالذئبة الحمامية الوليدية قد يصاب أحياناً بالذئبة الحمامية الجهازية في العقد الثاني من العمر. وتحدث الذئبة الحمامية الوليدية في الحمول المتلاحقة.

" يمكن أن تعبر المشيمة وتظهر في الوليد لمدة ANA " وأضداد النوي "LEوقد عرف لمدة طويلة أن خلية " أطول من 3 شهور بدون أن تؤذي الطفل .

" أو مرض نسيج ضام SLEأمهات الأطفال المصابين بآفات قلبية ولادية لديهم فرصة من 3/1 ليصبن بــ " آخر.

أضداد النوي يمكن إظهاره في معظم الحالات ويمكن أن يستخدم للمسح قبل الولادة.

المظاهر الجهازية

المظاهر القلبية مثل حصار القلب ــ الضخامة الكبدية الطحالية.

فقر الدم ونقص الصفيحات والتهاب المفاصل قد تترافق مع الآفة الجلدية.

الإصابة الكلوية وإصابة الجملة العصبية المركزية نادرة عند الأطفال لكنها قد تحدث.

الذئبة الحمامية الجهازية في الطفولة

Systemic lupus erythematosus in childhood

الصورة السريرية والسير والمعالجة تشبه تلك الحالات عند البالغين. البداية في الأعمار الباكرة سجلت في عمر 3 شهور.

الذئبة الحمامية الجهازية الفقاعية قد تشبه الداء الفقاعي المزمن عند الأطفال.

عدة أعضاء تصاب وخاصة الكليتين وتبدي التهاب كلية تكاثري منتشر.

مظاهر الجملة العصبية المركزية.

ضخامة كبدية طحالية وضخامة عقد لمفية شائعة عند الأطفال المصابين بالذئبة الحمامية الجهازية.

"SLEالموجودات المخبرية في"

(. 1Casts ــ البول: بيلة بروتينية ــ بيلة دموية وأسطوانات)

(113/3)

".2ESR ــ الدم: ارتفاع سرعة التثفل"

نقص الكريات البيض: نقص الصفيحات وفقر دم انحلالي.

" للأفرنجي الإيجابي الكاذب بيولوجياً قد يكون إيجابي.BFPاختبار "

نسبة الالبومين / الجلوبولين مقلوبة عادة مع زيادة الجاماجلوبولينات.

" قد يكون إيجابي.3DNA ــ اختبار تثبيت متممة الــ"

"إيجابية.4ANA ــ أضداد النوي"

5 ــ الومضان المناعي للجلوبولينات المناعية يمكن إظهاره في الوصل البشروي الأدمي ويعطي لون أصفر مخضر لماع.

6 ــ اختبار داخل الأدمة: مستضد النوي النقي تبدي ارتكاس قوي للهيستون والبروتينيات النووية.

هي خلية خاصة وهي كريات بيضاء عديدة الأشكال النوى معتدلة تحوي في داخلها 7LE ــ اختبار خلية

) ولون أرجواني متجانس.Inclusion bodiesالجسم الاندفاعي (

" وبعض حالات الأمراض SLE "إيجابي في" LE بشكل الوردة، ويكون اختبار خلية "LEقد تظهر خلية النسيج الضام.

معالجة الذئبة الحمامية الجهازية

في الحالات الحادة وأثناء الهيجان الشديد.

الراحة في السرير: مطلوبة.

منع التعرض للشمس وينصح المريض بلبس قبعات ذوات إطار عريض لتغطية المنطقة وخاصة المنطقه " من العنق والذراعين وأن يستخدموا المستحضرات الواقية من الشمس.Vشكل "

التوترات العصبية: يجب تجنب فرط التمارين الفيزيائية والانتان الثانوي.

المعالجة العرضية:

يجب إصلاح فقر الدم.

الأدوية قد تكون مطلوبة للمعالجة الموضعية ويجب تجنب الأدوية التي قد تثير الحالة خاصة الصادات الحيوية التي يحتاج لها لمنع الانتان.

"قد يكون مفيداً.C " "البروتين الارتكاسي CRPمعايرة الـــ "

المستوى الأعلى من 60 ملغ يشير إلى احتمال الانتان.

دابسون: يعطي بعض التخفيف من الآفات الشروية والاندفاعات الفقاعية ولعلاج خفض الصفيحات.

الأدوية الخافضة للضغط: يجب معالجة الضغط. الهيدرالازين يمكن استخدامه بأمان في معظم مرضي الـــ "SLE . "

(114/3)

---

3 " الناقصة غالباً تشير إلى Cالمدرات: التناذر الكلوي (النفروتك) أو قصور القلب يحتاج للمدرات. " مرض الكلية الشديد.

الستيرويدات: يجب ملاحظة أن كل المرضى يحتاجون إلى الستيرويدات.

بعض الحالات تعالج بجرعات عالية من الستيرويدات لكن الفوائد من هذه العلاجات نادراً ما كانت أرجح من المخاطر.

البريدنيزون: 60 ملغ / يوم هو الستيرويد المختار مبدئياً. وعندما تبدو الحالة تحت السيطرة، قد نخفض الجرعة تدريجياً، حتى نصل جرعة الصيانة التي يستمر عليها وهي حوالي 5 ـــ 15 ملغ يومياً. وقد ثبت أن جرعة وحيدة يومية أو يوم بعد يوم قبل الطعام أو مع الحليب قبل النوم يبدي تأثيرات جانبية أقل ولا يؤثر ذلك على الإستجابة العلاجية.

البردنيزون و الآزوثيوبرين أو البردينيزون وسيكلوفوسفاميد يمكن أن يعطوا أيضاً نتائج جيدة في إصابة الكلية.

" لا يمكن الاعتماد علية كمؤشر للتحسن.ESRسرعة التثفل"

" غالباً يستمر بدون تغيير رغم الهوادة السريرية.ANAعيار"

3 " قد يفيد كمؤشر لحالة ثوران المرض.C " ومتممة المصل "DNAأضداد النوى"

قد يحدث اعتلال عضلي بالجرعات العالية من الستيرويدات.

الجرعات العالية والمديدة من الستيرويدات القشرية مثل: 60 ملغ بردنيزولون يومياً لمدة 6 شهور قيل أنها تحسن الآفات الكلوية أكثر من الجرعات المثبطة القليلة. هذا التحسن في الحياة لا يشاهد في المرضى المصابين بارتفاع بولة الدم قبل بدء العلاج.

لايوجد دليل على أن الستيرويدات وقائية أو أن المعالجة المديدة تمنع تطور مظاهر أخرى.

أنزيمات المصل عادة طبيعية لكن كرياتين البول مرتفع.

مضادات الاختلاج لعلاج الصرع.

الكلوربرومازين: مهدئ جيد لكل حالة مترافقة مع اضطرابات نفسية.

الأسبرين: قد يكون مفيد جداً، خاصة في الإصابة المفصلية، ويوجد خطر عالي للتسمم الكبدي بالأسبرين ".SLEفي"

(115/3)

اندوميثاسين: قد يؤدي إلى تحسن التهابات المفاصل، وتستطب الستيرويدات في الحالات الحادة ويجب إعطاءها بجرعات كافية .

مضادات الملاريا: في الحالات الخفيفة، إعطاء الكلوركوين أو هيدروكسي كلوروكدين قد يساعد على خفض جرعة الكورتيكوستيرويد.

وقد تكون خطيرة في المعالجة المديدة مسببة حساسية ضيائية. DLEمضادات الملاريا أقل فائدة منها في الحمل ليس مضاد استطباب. وكذلك الوالدان الأحياء الأصحاء الذين يولدون من أمهات يعالجن بمضادات الملاريا خلال فترة الحمل.

علاج الحالات غير المستجيبة للبريدنيزولون:

حالات البالغين الغير مستجيبة للستيرويدات الجهازية يمكن أن تعالج بالأدوية التالية:

"Immuno-suppresive drugs:الأدوية الكابتة للمناعة"

كابتات المناعة قد تستعمل في المرضى البالغين غير المستجيبين للستيرويدات القشرية لكن استخدامها يجب أن يعطى لحالات انتخابية. كابتات المناعة لاتعطي للمرضي صغار السن المصابين بـــ SLE.

الآزيثوبرين لايضيف شيئاً للجرعات العالية من الستيرويدات في الحالات الكلوية الخفيفة و المعتدلة، السحب المفاجئ قد يسبب نكس.

سيكلوفوسفاميد: قد يكون أكثر فعالية من بين كابتات المناعة ولكن أكثر سمية من الآزويثوبرين.

المعالجة الثلاثية وهي: بريدنوزون ــ ازاثايوبرين وسايكلوفوسفاميد ليس له أفضلية على المعالجة بأدوية بريدنوزولون وازاثيوبرين.

وجد أن الكلورامبيوسيل مفيد، بعض التقارير أثبتت نتائج جيدة للبريد نيزون مشاركة مع الكلوراميوسيل.

الميثوتركسات: يعطي بجرعة 7.5 ملغ أسبوعياً ويبدي تحسن للمرضي الذين لايستجيبوا على الستيرويد.

خطر الخباثة السرطانيه في المعالجة المديدة يجب أخذه بعين الاعتبار عندما تستخدم أدوية كابتات المناعة.

معالجة حالات لم تستجيب للبريدنيزون وكابتات المناعة

حالات الذئبة الحمامية الجهازية عند البالغين الغير مستجيبة للبريدنيزون وكابتات المناعة يمكن أن تعالج بالنمط التالي:

(116/3)

ميثيل بريدنيزون: المعالجة إضافية بـــ 1 غ مثيل بريدنيزون يعطي وريدياً في 500مل مصل ملحي خلال 4 ساعات لمدة ثلاث أيام متتالية للمريض قد تكون مفيدة.

مضادات التخثر: قد تستطب للمرضي المصابين بالذئبة أو أضداد الكارديوليين والمصابين بنوبات تخثرية.

دانازول: 400 ــ 600 ملغ يومياً يفيد بعض المرضى.

الذئبة الحمامية الجهازية الفقاعية

Bullous systemic lupus erythematosus

الاندفاعات الجلدية الحويصلية الفقاعية في الذئبة الحمامية الجهازية غير شائعة.

المظاهر السريرية: تشبه حالات الفقعان الفقاعي والتهاب الجلد الحلئي.

ومن الناحيه التشريحيه والمرضية فإن الفقاعات تشبه التهاب الجلد الحلئي.

3 " في منطقة الغشاء القاعدي للجلد.C و IgM و IgA و IgGالومضان المناعي يبدي شرائط من"

أمراض ناجمة عن النقل المشيمي للأضداد الذاتية

Disorders caused by transplacental transfer of
Maternal autoantibodies

المظاهر السريرية عند الولدان قد سجلت في عدد من الاضطرابات التي يعتقد أنها حرضت بالأضداد الذاتية الجوالة.

" لاتستطيع العبور من المشيمه بكميات كافية لذلك فإن مثل تلك IgA, IgM,IgEوحيث إن مضادات"

.IgGالحالات مقتصرة على الأنواع التي تحدث بها المضادات الذاتية من النوع

المتممة لاتعبر المشيمة. المتممة يمكن تحديدها في الجنين منذ حوالي الأسبوع الحادي عشر الحملي.

من الأم يستقلب بشكل أقل أو أكثر خلال أول 3 ــ 6 شهور من الحياة والأمراض المنتقلة IgGالـــ بالمشيمة المتواسطة بالأضداد يمكن أن يتوقع أن تهجع عفوياً خلال هذه الفترة.

التهاب الجلد والعضلات

Dermatomyositis

هو مرض النسيج الضام المناعي الذاتي ويصيب الجلد والعضلات. الأطفال والأعمار الأكبر قد يصابون بالمرض الذي قد يكون قاتلاً أحياناً.

المظاهر السريرية:

عدة مظاهر جلدية وعضلية تظهر في التهاب الجلد والعضلات التي قد تكون علامات مبهمة مما يجعل التشخيص أكثر صعوبة.

يوجد نوعين من التهاب الجلد والعضلات: الشكل الشبابي ــ الشكل الكهلي.

التهاب الجلد والعضلات الشبابي

Juvenile dermatomyositis

يحدث في الطفولة، حيث أن له نفس الأعراض كما في الشكل الكهلي مع بعض الاختلاف:

ظاهرة رينود: نادرة عند الأطفال.

إصابة العضلات: أشد من الشكل الكهلي. الإنذار في الأطفال أفضل من البالغين.

المظاهر الجلدية:

المظاهر الجلدية الموضعية هي:

حمامي مزرقة حادة، لطاخات حمامية متقشرة وآفات شروية. تظهر في أي مكان من الجلد خاصة على الوجه مع تورم أجفان.

المظاهر الجلدية الأخرى تقلد الذئبة الحمامية المنتشرة وقد تؤدي لضمور وتوسع الشعريات الدموية وتكلسات تحت الجلد أو تصلب جلد.

تكون الآفات الجلدية في الحالات المزمنة بشكل:

حطاطات متقشرة حزازية مع توسع الشعريات الدموية وضمور مزرق تشبه الحزاز المسطح خاصة على الظهر، اليدين، الركبتين والسطوح الباسطة.

في الأطراف هذه الآفات قد تبدي تصبغ وتكلس.

الأغشية المخاطية للفم يبدي آفات شبه قلاعية.

إصابة الفروة تؤدي إلى حاصة ضمورية غير عكوسة.

المظاهر العضلية:

غالباً تصاب عضلات الأطراف الدانية التي تصبح متورمة ومؤلمة وحمضة، حيث أن التغيرات الالتهابية تنتهي بتشوهات انكماشية.

المظاهر الجهازية:

إن شدة تلك الأعراض تعتمد على مدى الإصابة العضلية وتشمل تلك: عسرة التنفس ــ عسر البلع، اضطرابات النظر ــ التهاب عضلة القلب ــ ضخامة كبدية طحالية واعتلال العقد اللمفية.

التغيرات العينية: نتحات تشبه ندف القطن ونزف يظهر في فحص العين بالمنظار العيني.

الموجودات المخبرية:

".ESRفقر دم ناقص الصباغ ــ فرط الكريات البيض وزيادة سرعة التثفل "

الاختبارات المصلية للإفرنجي سلبية على عكس الذئبة الحمامية التي تبدي اختبارات إيجابية.

بيلة بروتينية البومينية وبيلة دموية .

" سلبي.LEاختبار خلية الـــ "

أنزيمات الأنسجة مثل الالدوليز ــ كريا تينين كينيز ــ والفوسفوكينيز مرتفعة.

(118/3)

التشخيص التفريقي:

).Myasthenia gravisالذئبة الحمامية الجهازية ــ تصلب الجلد ــ الحمرة والمرض العضلي الوخيم (

طرق التشخيص:

الصورة السريرية: إصابة الجلد والعضلات والأعضاء الأخرى .

خزعة العضلات: مشخصة عادة وتبدي تغيرات تنكسية في العضلات مع تشظي وتنكس وضمور مع تجوفات وارتشاح لمفاوي.

التشريح المرضي:

النسيج الضام سميك وكثيف وزيادة في السماكة.

الكولاجين يبدي: وذ مة ــ تجانس ــ تليف ــ تصلب.

تدمير الألياف المرنة.

البناء الغدي ضامر.

طرق المعالجة: معالجة التهاب الجلد والعضلات غير مرضية عادة بسبب المعدل العالي للوفيات المعالجات المتوفرة هي الستيرويدات القشرية وكابتات المناعة.

تصلب الجلد

Scleroderma

مرض النسيج الضام هو مرض مناعي ذاتي يتصف بسماكة جلدية بسبب التغيرات في النسيج الضام الجلدي. المرض إما موضعي يصيب الجلد فقط أو جهازي يصيب الجلد والأعضاء الأخرى.

أشكال تصلب الجلد:

)القشيعة ــ 1Morphea(

تتصف بوجود بقع بيضاء مفردة أو متعددة بيضا وية الشكل مرتفعة قليلاً وثابتة ومتسمكة بشكل رئيسي على الجذع والأطراف. الآفات الجلدية ذات حواف مزرقة أو مفرطة التصبغ أو ناقصة التصبغ.

القشيعة ذات سير مزمن جداً وقد يستغرق الشفاء العفوي سنوات مخلفاً ضموراً باقياً وتصبغ.

الأشكال السريرية للقشيعة:

القشيعة الخطية: تحدث بشكل رئيسي عند الأطفال والأعمار الصغيرة.

المظاهر الجلدية: هي بقع متسمكة بيضاوية مع حواف مزرقة مرتفعة قليلاً. تصلب الجلد عند الأطفال عادة يترافق مع ضمور عضلي أو عظمي وأحياناً مع الشوك المشقوق (Spina bifeda.)

الشكل رقم 297: القشيعة

(القشيعة النقطية Guttate: آفات صغيرة متصلبة مدورة، متعددة تحدث على الصدر والجذع.)

(تصلب الجلد المنتشر ـــ 2Diffuse scleroderma:)

هو مرض تصلبي مناعي ذاتي يصيب الإناث في أواسط العمر. الإصابة المتعددة للأجهزة وزيادة أضداد النوى يميز هذا المرض.

المظاهر السريرية:

تختلف جداً حسب العضو المصاب، يوجد ضمور بنقص الدورة الدموية في عدة مواقع جلدية والأعضاء الأخرى.

المظاهر الجلدية:

الآفات الجلدية هي بشكل لويحات كبيرة على الصدر والأطراف ذات الصورة السريرية للقشيعة والآفات تترك مناطق ليفية، مصطبغة، ضمورية، بينما الأشكال الأخرى قد تتظاهر بالشكل العنقودي.

الانكماش الضموري في الجلد وتحدد الحركة خاصة حول الفم، يؤدي إلى تجعدات حول الفم وفم صغير صعب الفتح.

الانكماش الضموري في الأجفان المترافق مع تحدد في حركة الجلد، وهو مظهر شائع يظهر توسع الشعريات الدموية خاصة على الوجه واليدين.

التصبغ المعمم كما في داء «أديسون» قد يرافق بعض الحالات.

نقص الدورة الدموية بالأصابع يؤدي إلى احتشاءات دقيقة مجهرية في الأصابع، غياب بصمة الأصبع مع الصفات وتوسع شعريات طيات الأظافر وأخيراً قد يؤدي ذلك إلى بتر الأصبع وضمور الأظافر مع تقرح وموات بالأنسجة.

المظاهر الهيكلية:

ألم مفصلي ـــ تورم ـــ التهاب في العضلات والتهاب متعدد بالمفاصل.

اعتلال عضلي يسبب الإصابة العضلية يؤدي إلى تحديد الحركة وانكماش يؤثر على المضغ.

الجلد في الوجه يصبح رقيقاً وشبه ورقي مؤدياً لأنف منقاري ومظهر الوجه المقنّع.

نخر بالعظام ونقص الكلس بالعظام وترسبه على العضلات من المظاهر الشائعة.

المظاهر الجهازية:

تليف عضلة القلب.

ظاهرة رينود إيجابية.

ضيق بالتنفس نتيجة إصابة الرئة.

عسر البلع ومراجعة الأطعمة وضيق في الأثني عشر.

التهاب بالمفاصل.

ارتفاع حاد لضغط الدم.

طرق التشخيص:

المظاهر الجلدية والجهازية هي عوامل تساعد على التشخيص.

ظاهرة رينود وتصلب الأصابع.

زيادة سرعة التثقل.

" نادراً ماتكون إيجابية.LE Cell"

"مضاد النوى بالإضافة للظواهر الأخرى تساعد على التشخيص.ANA"

" التجربة المصلية للزهري قد تكون إيجابية.BFP"

تجربة الومضان المناعي: ظهور ومضان على شكل خيط في الأنوية.

المضاعفات:

تقرحات جلدية.

تصلب المفاصل.

ضيق تنفس نتيجة إصابة العضلات التنفسية.

الموت عادة نتيجة الفشل الكلوي أو القلب.

طرق المعالجة:

المعالجة عادة غير مرضية.

) قد تخفف ألم المفاصل والعضلات.Isobrufenالمعالجة العرضية: مسكنات ومضادات التهاب (

تمارين عامة (معالجة فيزيائية).

تدفئة وحمامات ساخنة.

تغذية عالية البروتين.

الأدوية:

خلاصات الغدة الدرقية ــ مضادات الهيستامين ــ فيرسينيت الكالسيوم ــ ثنائية الصوديوم ــ بارامينو بنزويك ــ البوتاسيوم. هي بعض من الأدوية التي تستخدم في المعالجة، يوجد عدة تقارير فيما يتعلق بالقيمة الحقيقية لهذه الأدوية لكن بعضها غير مقنع.

الستيرويدات القشرية وكابتات المناعة ذات قيمة محدودة.

الكلوروكوين 250 ملغ يومياً لمدة ثلاثة أشهر قد تبدي بعض التحسن.

التصلب الحزازي

Lichen sclerosus

هو مرض النسيج الضامي مناعي تصلبي، يصيب كل الأعمار ــ ويترافق مع أضداد ذاتية (أضداد نوعية للعضو).

المظاهر السريرية:

الآفة الأولية هي حطاطات مضلعة بيضاء مرتفعة قليلاً مع انخفاض مركزي يمثل انسداد جرابي.

البرفرية هي أيضاً من مظاهره وتنجم عن ضياع الدعم الوعائي كنتيجة لتنكس الكولاجين بالأدمة.

الأماكن الشائعة للإصابة هي الظهر وأمام الجذع. المناطق التناسلية الشرجية قد تصاب مؤدية إلى تصلب وضمور في المناطق التناسلية والشرجية.

التغيرات النسجية مميزة. وتشمل ضموراً وتنكس تميعي في الطبقة القاعدية، ضمور الأدمة، فرط التقرن

وانسداد جرابي كما في الذئبة الحمامية.

الورم الليفي الشبابي

Juvenile fibromatoses

يشمل مجموعة من الأمراض السريرية المحددة التي تصيب الجلد.

الورام الليفي الشبابي يصيب الرضع والأطفال ويتميز بفعالية محددة تكاثرية في الخلايا المصورة لليف)Fibroblasts. (

الشكل رقم 298: الورم الليفي الشبابي

يوجد ميل للنكس الموضعي ولكن لاتنتشر هذه الافات كتلك التي تحدث في الساركومات الليفية.

عدة اشكال في الورم الليفي تصيب الرضع والأطفال هي:

(121/3)

---

1 ـــ داء الورام الليفي العضلي عند الرضع.

2 ـــ الورم العجائبي الليفي عند الرضع.

3 ـــ الورام الليفي الزجاجي الشبابي.

4 ـــ الورام الليفي الأصبعي عند الرضع .

5 ـــ الأورام الليفية الصفافية المتكلسة.

6 ـــ الورم الجذعي الليفي بالخلايا العرطلة.

الورم الليفي الطفلي (عند الرضع)

Infantile fibromatoses

الورم الليفي العضلي الطفلي هو مرض النسيج الضام نادر جداً، يصيب الرضع وقد يوجد عند الولادة ويستمر بالظهور حتى عدة سنوات.

المظاهر السريرية:

الآفات تنجم عن زيادة نمو النسيج الليفي مشكلاً عقيدة في النسج تحت الجلد والعظام وخاصة الرأس والعنق والجذع.

العقيدات الحشوية قد تصيب الكبد، القلب، الرئتين وقد تكون العقيدات مطاطية أو قاسية وقد تكون سطحية أو عميقة، لكن إذا أُصيبت الأحشاء فإن الرضيع سوف يموت عادة خلال عدة شهور.

المعالجة:

المشاركة بين المعالجة الكيمائية " فنكرستين والاكيتنوميسين ــ د ــ وسيكلوفوسفاميد " قد تعطي نتائج جيدة.

الورم العجابي الليفي عند الرضع

Fibrous hemartoma

يبدأ بشكل آفة مفردة تصيب الأولاد الذكور أكثر من الإناث ويتظاهر عند الولادة أو يحدث خلال 3 سنوات الأولى من الحياة. المكان الأكثر شيوعاً للإصابة هو المنطقة الإبطية والكتف ويليها الخاصرة.

تظهر الآفة بشكل كتلة تحت الجلد، تتضخم بشكل متقدم حتى حجم 15سم.

النكس بعد الاستئصال متكرر وإذا تركت بدون علاج قد يحدث الهجوع العفوي.

الأورام الليفية الهيلانيه (الزجاجية) الشبابية

Juvenile hyaline fibromatoses

هو اضطراب في تصنيع الجليكوزامينوجليكان.

المظاهر السريرية:

تظهر الآفة الجلدية عند الولادة أو تحدث في الطفولة الباكرة. قد يوجد حطاطات أو عقيدات صغيرة لؤلؤية، خاصة على الوجه والعنق. الأورام تحت الجلد الضخمة قد تحدث أيضاً.

قد تكون الأورام قاسية أو طرية، متحركة أو ثابته، وقد تكون متقرحة.

(122/3)

فرط تصنيع اللثة يوجد بشكل شائع ، والانكماشات الانعطافية في الأصابع والمرفقين والوركين والركبتين قد تحدث.

الآفات الحالة للعظم قد تحدث في القحف، والعظام الطويلة والسلاميات تؤدي إلى انكماشات مفصلية.

العضلات قد تتطور بشكل سيء.

التغيرات النسجية تبدي اندخال مادة هيالنية (زجاجية) غير مميزة الشكل وقد تستمر الحالة حتى البلوغ ويؤدي ذلك إلى انكماشات مفصلية وعجز.

(123/3)

الفصل الثامن والثلاثون اضطرابات التصبغ

Disturbance of pigmentation

يعتمد لون الجلد على العوامل التالية:

فعالية الخلايا الصباغية: ذو تأثير أكثر من كثافة الخلايا الصباغية في الجلد. عدد الخلايا الصباغية في الزنوج ليس أكثر عدداً من الخلايا الصباغية الموجود عند القوقاز.

معدل إنتاج الميلانين:

حجم وترسب الأجسام الصباغية.

نقل الصباغ إلى الخلايا الكيراتينية.

اضطرابات الصباغ الجلدي إما أن تكون:

فرط التصبغ: خاصة بعد التعرض للحمامات الشمسية، بعد الأمراض الإلتهابية أو الهرمونية أو تترافق مع أمراض متعددة.

نقص التصبغ: يتلو بعض أمراض الجلد.

الضياع الكامل للصباغ: مثل البهق والمهق.

ينجم لون الجلد عن الميلانين الذي يتشكل بواسطة الخلايا الصباغية في البشرة والأجربة الشعرية من الفينيل آلانين عبر تحول التيروزين إلى دوبا أو دوبامين وإلى دوباكين بتأثير أنزيم التيروزينيز.

في البشر يوجد ثلاث أنواع من الميلانين (الصباغ).

الصباغ السوي (Eumelanin) : صباغ بني غير منحل، يعطي الجلد لونه البني ويتشكل من الفنيل آلانين.

الصباغ القاتم (Phaeomelanin) : يعطي لون الشعر الأحمر ويتشكل من السيستين والتيروزين.

الصباغ العصبي (Neuromelanin): صباغ المادة الرمادية في الدماغ.

يعتمد لون الجلد على عوامل أخرى مثل:

1 ـــ عوامل مؤثرة على الخلايا الصباغية وتصنيع الصباغ.

2 ـــ عدد الخلايا الصباغية في الجلد.

3 ـــ معدل إنتاج الميلانين.

4 ـــ إزالة تحبب الميلانين.

5 ــ نقل الصباغ للخلايا الكيراتينية.

6 ــ حجم واندخال الأجسام الصباغية.

الشكل رقم 300: فرط تصبغ (وحمة أوتا)

الشكل رقم 301: فرط تصبغ (داء كوشينغ)

الشكل رقم 302: فرط تصبغ (أكزيما مزمنة)

الشكل رقم 303: فرط تصبغ (تحسس ضيائي)

الشكل رقم 304: فرط تصبغ (مواد تجميلية)

الشكل رقم 305: فرط تصبغ التهاب جلد ركودي

الشكل رقم 306: فرط تصبغ (معدني)

(1/4)

العوامل التي تؤثر على لون الجلد

1 ــ عوامل عِرْقية: عدد الخلايا الصباغية عند الزنوج والقوقازيين هي واحدة بينما تشكيل وترسب أو اندخال الصباغ في الزنوج أكثر بكثير من العروق الأخرى.

2 ــ الالتهابات: عدة أمراض جلدية بعد الشفاء تخلف فرط تصبغ.

الشكل رقم 307: فرط تصبغ (التهاب جلد مزمن)

3 ــ الأدوية: الثيازيد قد يُؤدي إلى فرط التصبغ جلدي معمم.

ارتكاسات دوائية خاصة للسلفوناميدات، المينوسكلين قد تسبب بقع مفرطة لتصبغ على القدمين، الساقين، الفخذين والأرداف.

المحسسات الضيائية الموضعية مثل السورالين ومستحضرات التجميل تحتوي على بعض السواغات مثل زيت اللوز وغيره قد تسبب فرط تصبغ.

4 ــ التصبغ الفيزيولوجي: يحدث دبغ الجلد بسبب التعرض للأشعة فوق البنفسجية والكلف في بعض حالات الحمل.

البهقVitilligo

(صداف وبهاق بجانب صدف عند أخته)

)PUVA(حساسية ضيائية من السورالين والـــ

هو اضطراب جلد صباغي، يتصف ببقع خاليه من الصبغة وهي واضحة الحدود ناجمة عن عوز أو تخريب الخلايا الصباغية.

الشكل رقم 308: بهق

الشكل رقم 309: بهق

الشكل رقم 310: بهق

الشكل رقم 311: بهق (ما بعد الالتهاب)

الشكل رقم 312: بهق

الشكل رقم 313: بهق وحاصة (مناعي)

الشكل رقم 314: بهق وصداف (مناعي)

العوامل المناعية تعتبر من أسباب البهق الرئيسية إذ يكون هناك عامل وراثي عائلي للمرض.

المظاهر السريرية:

تظهر الآفات تدريجياً على سطوح الجسم المعرضة للشمس مثل الوجه والأطراف حيث تتواجد بقع ناقصة الصباغ بيضاء حليبية واضحة الحدود، قد تبدي حواف مفرطة التصبغ خاصة مع تقدم المعالجة.

البهق قد يكون ابتدائي أولي (مجهول السبب) أو ثانوي لبعض العوامل.

أمراض جهازية معينة قد تترافق مع البهق: الانسمام الدرقي ــ فقر الدم ــ كارسينوما المعدة ــ الداء السكري ــ داء أديسون.

سير البهق:

(2/4)

قد يعود لون البقع بشكل عفوي أو كنتيجة للمعالجة، أو تبقي كما هي لفترة طويلة أو تصبح أكثر امتداداً لتغطي كل الجسم مع تبدل كامل في لون كل سطح الجلد والشعر.

طرق المعالجة:

هناك العديد من طرق المعالجة:

: هو الأشيع استخداماً منذ زمن طويل حتى الآن. يستخدم" تراي سولين" أو "حبوب PUVAسورالين و

" بعده ساعتين من تناول الدواء. التأثيرات الجانبية الشائعة قد PUVAالميلادنين" والتعرض للشمس أو" تحدث مثل الحساسية الضيائية أو أحياناً تفاقم الآفات.

لايستعمل السورالين لعلاج بهق الأطفال حيث إن مجموعة الأعمار الصغيرة هذه يمكن معالجتها بواسطة "زيت البرجامونت" بنسبة 15 ــ 20% أو مستحضر "الأوكسي سورالين" المخفف موضعياً والتعرض للشمس قبل الساعة الثالثة عصراً، ويفضل صباحاً.

إصلاح كل الشذوذات: مثل فقر الدم والأمراض المرافقة.

) . أو" Depot medrol 40mg. IMالستيرويدات موضعياً أو جهازياً: من النوع المديد التأثير(

بردنيزولون" فموي حب يعطي نتائج جيدة في بعض الحالات.

للأطفال الصغار: نستخدم الطرق التالية للمعالجة.

15% زيت برجامونت مرتين يومياً صباحاً وفي فترة الظهيرة موضعياً. ينصح المريض ألا يصل هذا المركب إلى منطقة الجلد الطبيعي حتى لا يزداد لونه تصبغاً من تاثير الدواء والأشعة. يمكن استعمال عود وبأطرافه القطن مثل الذي يستعمل لتنظيف الأذان لوضع المحلول بحذر على منطقة البهق ويمنع كذلك من وصول الدواء إلى الأغشية المخاطية. يوضع الدواء فقط على حدود المنطقة المراد علاجها وستيرويد خفيف موضعي في المساء.

) بالعضل كل Depot medrol, 40mg IMفي بعض الحالات في الأطفال الأ كبر سناً نعطي حقن (أسبوعين لأربع حقن كاملة لمدة شهرين.

ويمكن الحصول على نتائج جيدة، حيث أن عودة الصباغ تبدأ عادة في الأسبوع الثالث من العلاج.

(3/4)

يجب التأكيد على عائلة الطفل على أن لاتوقف المعالجة حيث أننا وجدنا أنه عندما يوقف المريض المعالجة عند بداية التحسن ويعاود مرة أخرى بعد انقطاع عن العلاج فإن الاستجابة تكون عادة صعبة.

التصبغ الدقيق وتمويه المنطقة بأصباغ تشبه لون الجلد وذلك موضعياً أو بالغرز تحت الجلد بواسطة جهاز خاص. تستعمل هذه الطريقة لبقع الوجه أو الأصابع والمناطق التي تكون معندة على المعالجة.

تطعيم الجلد وزرع الخلايا الصباغية. باهظة الثمن وغير ناجحة دائماً.

فيما يتعلق باستخدام محسسات ضيائية نباتية لمعالجة الجلد الأبيض والبهق، لقد كانت لي ملاحظة هامة

أذكرها منذ فترة طويلة إذ لم يكن لها لدي تفسير علمي في ذلك الوقت وأقولها الآن بعد عقود.

أتذكر أنه منذ 50 عاماً مضت، حيث أن أهالي قريتي كانوا يعالجون البهق قبل اكتشاف الأدوية الحديثة وذلك بوضع المادة البيضاء الحليبية التي كانوا يحصلون عليها بعد نزع ورق التين أو جرح سيقان بعض الأشجار مثل شجرة الجميز. يضعون هذه المادة على منطقة البهق ويطلب من المصاب أن يتعرض للشمس في الصباح. وكانت تساعد تلك الطريقة تلوين الجلد في بعض الحالات. إنها طريقتهم الوحيدة للعلاج في ذلك الوقت الذي لم يكن لديهم البديل، وهي الطريقة التي توارثوها عن الأجداد. قد يتبادر إلى ذهن البعض بأن هذه طريقة بدائية والحقيقة إنها طريقة مبنية على أساس علمي إذ أن المادة الحليبية التي يحصلون عليها من الأشجار هي مادة تؤدي إلى استقطاب الأشعة فوق البنفسجية وبذلك فإن هذه هي نفس الفكرة التي تستعمل حديثاً مع فارق التكاليف والمظاهر.

إنها تجربة عظيمة كانت تعالج الكثير من المرضي الذين كانوا سعداء وراضين عن النتيجة مع إحمرار وعودة التصبغ في الآفات الجلدية.

(4/4)

أخيراً وبعد فترة طويلة استطعت أن أجد تفسيراً لهذا النوع من الممارسة الجلدية الطبية العظيمة، بالخبرة التي قد تكون موروثة من الأجداد، استطاعو أن يجدوا شيئاً ما لمعالجة مثل هذه المشاكل الجلدية في الوقت الذي لم يكن يوجد لديهم الطرق البديلة.

المهق (العضوع)

Albinism

هو الغياب الكلى أو الجزئي للون الجلد والشعر والعينان، بسبب نقص أو غياب التصبغ. المهق يترافق عادة مع نقص وتناذرا ت أخرى. المهق ينتقل ورا ثياً كصفة بسيطة مقهورة حيث يحدث غياب وراثي لأنزيم التيروزينات الضروري لأكسدة التيروزين إلى دي هيدروكسي فنيل آلانين.

". الخلل Premelanosomesالخلايا الصباغية فعالة لكن الميلانين لايترسب في ماقبل الجسيم الصباغي " بكون في نقل الصباغ للخلايا القرنية رغم أن فعالية التيروزين موجودة.

الشكل رقم 315: المهق

الشكل رقم 316: المهق الجزئي

في مثل هذه الحالات لايوجد فعالية للتيروزينات ولايوجد تشكل للصباغ الذي يؤدي إلى جلد أبيض حليبي جاف، شعر أبيض، قزحية زهرية اللون، رهال الضياء أو (الخوف من التعرض للضوء) ــ ضمور الجلد وسرطان ناجم عن ضياع قدرة الحماية الجلدية (الذي يحدث بواسطة الميلانين) من تأثيرات أشعة الشمس.

المهق قد يكون شاملاً أو جزئياً، يصيب مناطق موضعية من سطح الجلد.

المظاهر تبدو عند الولادة حيث يكون هناك بقعة خالية الصباغ موضعية ذات سير مترقي إلى زوال الصباغ الشامل.

يظهر الجلد شاحباً بدلاً من كونه أبيض، حيث تظهر جزر من عودة الصباغ بشكل متأخر والقزحية زرقاء فاتحة بسبب التصبغ الجزئي.

الشعر ذهبي بدلاً من اللون الأبيض كما يحدث في البهق الكامل .

تناذرات تترافق مع المهق

)Piebaldismالمهق الجزئي(

اضطرابات صباغية وراثية في الخلايا الصباغية للجلد والشعر، تتظاهر بزوال صباغ بقع للجلد مع غرة شعر بيضاء.

الآفات المصطبغة قد تظهر عند الولادة حيث الآفات تبقى بدون تغيير مدى الحياة.

(5/4)

الاضطراب يورث كصفة وراثية جسمية قاهرة.

الغرة البيضاء والبقعة المثلثية المرافقة من زوال التصبغ على الجبهة هي علامات مشخصة. زوال الصباغ الجلدي بشكل جزرمن بقايا صباغ في الآفات.

الاضطرابات الاستقلابية:

) : يوجد شحوب في الجلد ناجم عن نقص في الفنيل آلانين أوكسيديز، الذي P.K.Uفي بيلة الفنيل كيتون (يعطل التشكل الكبدي للتيروزين من الفنيل آلانين.

الأمراض الجلدية:

الأمراض الجلدية المحدثة للالتهاب التي تؤدي إلى تخرب الطبقة القاعدية من البشرة مثل: الذئبة الحمامية القريصية أو في الانتانات الفطرية للجلد التي تعمل كعامل مخرب للخلايا الصباغية تؤدي إلى فقدان لون

الجلد.

تناذر واردينبرغ

مظاهر هذا التناذر هي: مهق ــ شحوب القزحية طيات فوق المآقي عريضة وصمم عصبي.

السلس الصباغي:

هو اضطراب وراثي غالباً يصيب الإناث، يتصف بمظاهر جلدية تظهر بعد الولادة، عادة في الشهر الأول، بشكل حويصلات صغيرة أو عناقيد صغيرة أو عقيدات وأخيراً إلى آفات تؤلولية يتلوها تصبغ مختلف الأشكال، خطي أو بشكل الدوامة في السنة الثانية من الحياة.

المظاهر الأخرى للسلس الصباغي هي غياب الأسنان، الصرع، تخلف عقلي، شلل تشنجي، صغر الرأس، التهاب حلمية العصب البصري التهاب الشبكية والمشيمة، Nystagmusتشوهات عينية مثل الرأرأة ( )، حاصة وحثل أو تشوه الأظافر.

أمراض وتناذرات مختلفة تترافق مع تغيرات في لون الجلد

عدة عوامل يمكن أن تحدث تغيرات لون الجلد وقد تكون موضعية أو معممة والتشخيص التفريقي صعب غالباً.

Urticaria pigmentosa.الشرى الصباغي( ) : فرط التصبغ هو مظهر مميز للشري الصباغي

في الشكل الطفيلي: لطاخات بنية فاتحة تتجاوز عادة 2 سم قطراً والآفات عادة عقيدية.

في الشكل البالغين: اللطاخات أصغر وأقل عدداً تكون أرجوانية أو بنية اللون ومرتشحة وغير محسوسة ولا تنتشر بالاحتكاك وهي عادة تتوزع بشكل واسع فوق الجذع والأطراف.

(6/4)

اللون الأصفر: اليرقان يترافق مع فرط تصبغ في التشمع الصفراوي.

Carotememia:الكراتونييمية( )

اللون الأصفر للجلد الشائع أكثر في سن الطفولة والأشخاص النباتيين حيث كميات كبيرة من الكاروتين قد يظهر الدم والبول.

" مثل الجزر والسبانخ. والذرة Aقد ينجم ذلك عن كثرة تناول بعض الخضار والأطعمة الغنية بالفيامين " الصفراء، البازلاء ــ البطاطا الحلوة والبرتقال. يظهر التلون الأصفر خاصة على الراحتين والأخمصين

والطيات الأنفية.

الداء السكري: التلون الأصفر عند المرضي السكرين قد ينجم عن فرط شحوم الدم أو الحمية.

الوذمة المخاطية:

مواد كيماوية: داي نيتروفينول ــ حمض البكريك ــ تراي نيتروتولوين ــ سا نتونين ــ أكريفلافين ــ ميباكرين قد تسبب فرط تصبغ.

الهميوزيد روزيز (الصباغ الأحمر)

أحمر غامق أو بني محمر غالباً مع فرط تصبغ في أسفل الساقين في التهاب الجلد الركودي وفقر الدم المنجلي وفاقات الدم الانحلالية الولادية ــ داء شامبرغ وداء ماجوشي.

ارتكاس للثياب:

التسحجات الشديدة وفرك الثياب خاصة الملابس الخشنة على الجلد يسبب فرط تصبغ مرتبط بالمناطق المصابة.

التصبغات المعدنية:

الفضة: الفضة تسبب فرط تصبغ رمادي مزرق.

البزموث: يسبب فرط تصبغ رمادي مزرق يشبه الفضة لكن خط البزموث على اللثة أشيع من تصبغ الجلد.

فرط التصبغ الزئبقي: يسبب تصبغات رمادية ــ بنية في الجلد محدودة في مناطق التطبيق المتكرر للمراهم الزئبقية خاصة على الأجفان واثلام أو مناطق خطوط الجلد.

مواد التجميل يعتمد تلون الجلد على نوع المستحضر الموضعي.

النمشLentigo

هو اللطاخات المتناثرة مفرطة التصبغ التي تحدث على المناطق المعرضة للشمس. تنجم عن زيادة فعالية ترسب الصباغة في الجلد. تكون الآفات عادة متعددة وقد تظهر في صغار السن وتستمر حتى البلوغ خاصة على الجزء العلوي من الجسم وقد يترافق مع تضيق رئوي أو تضيق أبهر وكذلك تشوهات الهيكلية وأخطاء وشذوذات تناسلية.

الشكل رقم 317: نمشات (شامات) معالجة بالليزر

الشكل رقم 318: نمشات (شامات)

التشخيص التفريقي:

وحمات الوصل.

التقرن الزهمي الصباغي.

المعالجة:

حالياً يستعمل كجهاز فعال لإزالة النمشات.Q - Switched Rubyليزر

) الآفات.2Resurfacing يمكن أيضاً أن يعطي نتائج جيدة في اقتلاع وتقشير (COليزر

الفينول السائل المعدل بالكحول معالجة قديمة.

كريمات مبيضة موضعية مثل الدوكينون 4% قد يعطي نفس النتائج.

فرط التصبغ المحرض بالأدوية :

". تسبب تصبغ معمم وتبقي ACTHالكلوربرومازين ــ البوسلفان ــ الارسنيك اللاعضوي ومركبات الـــ"

بدون تغيير مدى الحياة ــ حيث يوجد زوال تصبغ بقعي في الجلد وغرة بيضاء مع بقعة مثلثية الشكل

حيث تمثل هذه الأعراض مع وجود منطقة مثلثة الشكل خالية من التصبغ على الجبهة.

التصبغ قد يكون محرضاً بتنوع واسع من الأدوية الأخرى وعدة آليات.

تلون الجلد ممكن أن يحدث نتيجة لبعض الأدوية أو بعض المعادن التي تترسب في الأدمة.

بعض المعادن الثقيلة قد تتدخل في الجلد بكميات كافية لتحدث تغير واحد متميز في لون الجلد بدون أي زيادة مهمة في الميلانين.

الاندفاع الدوائي الثابت: يحدث التصبغ بسبب تخرب الخلايا في الطبقة القاعدية كما هو الحال في السلفوناميدات.

تناذر الطفل الرمادي ــ ينجم عن فرط جرعة الكلورام فنكول.

المحسسات الضيائية الموضعية قد تسبب فرط تصبغ جلدي موضعي.

تناذر فانكوني

Fanconi's syndrome

هو تناذر وراثي نادر يصيب الأطفال، يتصف بتصبغ غامق أو بني زيتوني، تشوهات ولادية وعادة يترافق مع شذوذات دموية.

المظاهر السريرية:

الأماكن الأكثر إصابة هي أسفل الجذع والسطوح العاطفة والعنق.

المظاهر الجلدية:

فرط تصبغ داكن معمم، يظهر بشكل لطاخات بشكل قطرات المطر مصبغة متناثرة فوق المناطق الغامقة أو لطاخات من تصبغ أغمق، ونادراً ما يكون لونها مثل بقع قهوة بحليب.

المظاهر العامة:

(8/4)

الطفل المصاب يكون متخلفاً عقلياً، بُنية أسطوانية مع يدين قصيرتين وعريضتين مع أصابع ملتصقة ومدببه وقد يكون الإبهام غير موجود أو أثري .

صغر الرأس وطفالة جنسية (قصور أقناد) بالإضافة إلى بعض التشوهات التطورية الأخرى.

الشذوذات الدموية:

تغيرات دموية هي فقر دم لا مصبغ ــ نقص الصفيحات، نقص العدلات. ونقص كريات شامل قد تؤدي الى الوفاة مع نزيف ويكون عادة قاتلاً في الرضع والأطفال الصغار.

لا يوجد زيادة في معدل الابيضاض الحاد والنشؤات الأخرى.

تناذر ألبرايت

Albright's syndrome

المسببات:

سبب هذا التناذر غير معروف ــ التناذر الكامل الاعراض مع البلوغ المبكر يحدث فقط عند الإناث.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية:

التصبغ الجلدي يحدث عادة بين عمر 4 شهور والسنتين، ولكنه قد يحدث عند الولادة على شكل بقع بنية فاتحة كثيفة، غالباً مع حافة غير منتظمة أو منشارية، تظهر بشكل رئيسي على الجذع أو الأرداف والفخدين، ولكن نادراً ما تصيب الوجه والعنق، وتميل تلك لأن تكون متناظرة وقد تكون أكثر كثافة على الجوانب.

المظاهر العظمية: التغيرات العظمية شديدة يصاحبها الألم الثابت المستمر مع مظاهر تشريحية مرضية

وتشوهات ثانوية.

المظاهر العينية: إطراق (انسدال جفن علوي) ورؤيا مضطربة تنجم عن فرط نمو عظم قاعدة الجمجمة.

الموجودات الدموية:

كلس المصل، والفوسفور طبيعيين، لكن الفوسفاتاز القلوية مرتفعة إذا كانت الآفات العظمية متعددة.

المظاهر العامة:

عند الإناث: بلوغ مبكر ــ ضخامة الثديين ــ نزف مهبلي ونمو شعر العانة. تحدث بعمر أقل من 5 سنوات في حوالي 25% من الحالات وبين 5ــ10 سنوات في30%.

النمو أثناء الطفولة متسارع لكن وحدة المشاش غير ناضجة. التشوهات التطورية الأخرى قد تترافق مع هذا التناذر.

إنذار الحياة جيد والمظاهر التشريحية المرضية طبيعية.

التشخيص:

(9/4)

لايوجد مظهر سريري واحد للآفات الصباغية يمكن أن يفرق تناذر ألبرايت عن الورام الليفي العصبي، حيث قد يحدث فيه الاضطرابات العظمية والغدد الصماوية.

وجود عدة لطاخات (بقع) بلون القهوة بحليب ــ نمشات في الإبطين وعقيدات على القزحية هي مشخصة للورام الليفي العصبي. الحبيبات الصباغية العرطلة نادراً ما توجد في تناذر ألبرايت.

اصطباغ رايهل الجلدي

أسواد الجلد لرايهل

Riehl's melasma

هذا الشكل يمكن اعتباره أكزيما ضيائية.

المظاهر الجلدية:

تظهر الآفات الجلدية بشكل تصبغ حالك ــ حمامي، أكثر انتشاراً على المناطق المعرضة للشمس خاصة على الجبهة، العنق، خلف الأذنين ومناطق الاحتكاك كالإبطين. المظاهر المميزة هي التصبغ على شكل بقع يتراوح اللون بين البني الفاتح إلى الغامق.

فرط التقرن، الاحتقان وتوسع الشعريات قد تكون مظاهر أخرى.

يجب تفريق هذا الشكل عن الحساسية الجلدية نتيجة مواد التجميل الذي هو مصطبغ وبقع غامقه بالجلد نتيجة الحساسية الضيائية الناجمة عن بعض أنواع العطورات.

تناذر ناجيللي فرانسيشتي ــ جاداسون

Negeli-Francescetti-Jadassohn syndrome

هو تناذر نادر يورث بصفة جسمية قاهرة، تصيب الأطفال الصغار.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية:

فرط تصبغ بشكل شبكي يحدث على العنق والإبطين أثناء السنة الثانية والثالثة من العمر عند طفل طبيعي سابقاً، قد يصبح أكثر انتشاراً ولا يسبق بأي التهاب. التقارن الجلدي في الراحتين والأخمصين شائع.

المظاهر العامة:

نقص تعرق مع عدم تحمل الحرارة (شائع).

الشعر والأظافر طبيعية.

الأسنان قد تكون طبيعية أو متخربة، مع تلون أصفر في الميناء.

تطور النمو والعقلى طبيعي.

عسر التقرن الخلقي

Dyskeratoses congenita

هذا التناذر يورث كصفة مرتبطة بالجنس، يصيب الأطفال الصغار بعمر 5 ــ 13سنة.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية:

(10/4)

الجلد ذو منظر متبكل مع ضمور وتوسع الشعريات الدموية واضح فرط تصبغ شبكي الشكل وضمور بالجلد على العنق والصدر والفخدين.

الأغشية المخاطية: طلاوة في الأغشية المخاطية الفموية والشرجية والعينية.

المظاهر العامة: مثل تشوهات بالأظافر وشذوذات دموية شائعة.

تناذر بيكر

Becker's syndrome

يبدأ باكراً في الحياة، ويختلف عن وحمة بيكر.

المظاهر السريرية:

لطاخات بنية متموجة أو متناثرة على العنق والساعدين. وتظهر مناطق مفرطة الصباغ لاحقاً.

ظهور مناطق مصطبغة منتشرة وكذلك مناطق خالية من اللون على شكل لطاخات بيضاء صغيرة تظهر على المناطق المصطبغة. تصبغ منتشر مع زوال صباغ لطاخي متشابك يظهران على الجذع ويترافق مع تصبغ لطاخي أو شبكي على العنق.

تصبغ النهاياتAcromelanosis

فرط تصبغ منتشر في المسافات الظهرية للأصابع والأباضي شائع عند الأشخاص ذو البشرة الداكنة.

التصبغ يبدأ في سن الرضاع أو الطفولة ويزداد بالعمق وبالامتداد. وقد يوجد تصبغ زائد على السطوح العاطفة للمفاصل في بعض المفصل العاطف الأكبر.

الحالة يجب أن تفرق عن فرط التصبغ المحرض بالرض المتكرر.

الشكل رقم 319: تصبغ نهايات الأصابع

داء الملان الشامل العائلي

(الطفل الكربوني)

Heridetary universal melanosis

)Carbon baby(

التصبغ عادة يظهر في سن الرضاعة الباكرة لكنه ربما يترقي، وهو غالباً منتشر ومعمم وقد يصبح أخيراً مبقعاً.

داء الورام الليفي العصبي

بقع «قهوة بحليب» أو لويحات تظهر في 90% من حالات الورام الليفي العصبي وقد تظهر باكراً وهي بقع مدورة أو بيضاوية مع اصطباغ بني خفيف.

وجود واحدة أو اثنتان من اللطاخات غير مشخص في غياب العلامات الأخرى من المرض. لكن إذا وجدت ست أو أكثر من تلك البقع فإن احتمال داء الورام الليفي العصبي عالي.

اللطاخات الميلانية الواسعة قد تحدث أيضاً وتشبه مايلاحظ في تناذر ألبرايت. تظهر البقع عادة في موقع خاص وهي على كل من جانبي الخط المتوسط للبطن والظهر.

النمش الإبطي شائع في الورام الليفي العصبي وهو مساعد في التشخيص.

عقيدات «ليش» والورم العجائبي في القزحية (هامارتوما) توجد في معظم المرضي فوق عمر الـــ 6 سنوات.

داء غوشر

Gaucher's disease

المظاهر السريرية:

في الشكل الطفلي الحاد من داء غوشر، الجلد يكون غير مصطبغ ولكن في داء «نيمان بيك» فإنه يوجد تصبغ بني منتشر، أكثر وضوحاً على الوجه.

التصبغ من كلا النوعين يحدث عند البالغين المصابين بداء غوشر. يظهر ذلك على شكل بقع بنية الشكل نمشات على الوجه والعنق واليدين وتصبغ متناظر على مقدم الساقين مع حافة سفلية حادة وحافة علوية غير منتظمة. قد يوجد سماكة بنية واضحة الحدود في الملتحمة الصلبية.

جفاف الجلد المصطبغ

Xeroderma pigmentosum

هو مرض وراثي جسمي مقهور نادر يتصف بحساسية ضيائية وتغيرات صباغية وشيخوخة جلد مبكرة . بعض المرضي المصابون بجفاف الجلد المصطبغ لديهم، بالإضافة لما سبق DNAوشذوذات في إصلاح ـــ اختلاطات عصبية. الريتنوئيدات فموياً يمكن أن تخفف المرض.

داء أديسون

Addison's disease

يتصف داء أديسون بتصبغ منتشر على المناطق المعرضة للشمس والسطوح العاطفة وأماكن الضغط أو الاحتكاك والأغشية المخاطية بسبب زيادة إفراز الهرمونات الجائلة الصباغية من الغدة النخامية وارتفاع المستويات المصلية للـــ بيتا MSH.

الحلمتان والأعضاء التناسلية ومخاطية الشدقان والملتحمة تصبح مصطبغة بشدة كذلك.

الآفات الشبيهة بالبهق تحدث أيضاً في داء أديسون.

التصبغ من النموذج الأديسوني قد تلاحظ في 10% من المرضي المصابين بتناذر أديسون، وهو نتيجة " من الغدة النخامية وقد ينجم ذلك عن ورم نخامي. MSH وبيتا ACTHلزيادة الـــ"

(12/4)

بعد استئصال الكظر قد يحدث فرط تصبغ مترقي رغم المعالجة الكافية بالهرمونات. تضخم السرج التُّركّي) فقط في نصف هؤلاء المرضي حيث يظهر فرط تصبغ واضح لديهم في الجلد Sella turcica(والأغشية المخاطية.

المظاهر السريرية:

فرط تصبغ الجلد والأغشية المخاطية.

الشعر عادة أغمق لوناً.

الأظافر تبدي أحياناً تصبغات متعددة وخطوط مصطبغة عمودية.

" في المصل.ACTH و MSHمستويات عالية جداً من كل من" بيتا

الشكل رقم 320: فرط تصبغ معمم (داء كوشينغ)

الشكل رقم 321: (بعد المعالجة)

الفصل التاسع والثلاثون الجلادات الناجمة عن الرضوض الفيزيائية

Dermatosis due to physical injuries

عدة مظاهر جلدية سواءً حميدة أو خبيثة تنجم عن الرضوض الفيزيائية للجلد.

الأورام الصباغية (الميلانومات) وغيرها من الأورام الخبيثة تحدث بشكل رئيسي في مجموعات الأعمار الأكبر.

): الآثار التي قد تسببها العوامل الفيزيائية تبدو بعدة مظاهر أهمها:Actinic Injuryالأذية الشعاعية (

التهاب الجلد الضيائي السمي.

التهاب الجلد الشعاعي المزمن.

الاندفاع الضيائي عديد الأشكال.

النمشات.

جفاف الجلد المصطبغ.

الدخنية الكولويدية.

النفاطة لقاحية الشكل.

التهاب الجلد الشعاعي.

أذية البرد عند الوليد.

أورام الجلد خاصة الصباغية (الميلانومات)

الجلد و الشمس

معدل انتشار أشعة الشمس التي تحرض تصبغ الجلد وأذية ضيائية قد ازدادت في السنوات القليلة الماضية.

الأطفال والأشخاص الذين لديهم استعداد خاصة ذوي البشرة الفاتحة اللون من الجلد هم أكثر استعداداً للتأثير المؤذي للشمس.

مشاكل خطيرة وأحياناً قاتلة قد تنجم عن الأورام الصباغية وغير الصباغية السرطانية نتيجة التعرض غير الحكيم لأشعة الشمس. وهذا خطير وباهظ مقابل ثمن بخس إلا وهو الحصول على اللون البرونزي التجميلي!.

(الإشعاع الشمسيSolar Radiation : (

(13/4)

الإشعاع الواصل للأرض هو إما مرئي أو غير مرئي. التأثير الخطير للطيف الضوئي هو الإشعاع فوق البنفسجي، وهو نوعان:

التي تشكل (10%) وتقل شدتها بعد الظهر.UVA

وتمثل (90%) من الأشعة فوق البنفسجية الواصلة للأرض.UVB

" الإشعاع الشمسي يتألف من طيف كهرومغناطيسي يبدأ من الأشعة القصيرة ذات القوة الهائلة مثل أشعة X " أو غاما إلى الأشعة ذات الطاقة القوية والموجات الطويلة مثل الأشعه فوق البنفسجية، الضوء المرئي (الموجات القصيرة وأمواج الراديو. معظم الإشعاع الشمسي المؤذي يمتص IRوالأشعة ما تحت الحمراء) بشكل كبير في الجو بواسطة الأوزون على بعد حوالي 20كم فوق مستوى سطح البحر.

العوامل المؤثرة على الارتكاس الجلدي من تأثير الأشعة:

الارتكاس الجلدي الناجم عن تأثير أشعة الشمس يعتمد على عدة عوامل هي بشكل رئيسي:

1 ـــ العمر: الأطفال أكثر قابلية بسبب جلدهم الناعم (الرقيق).

2 ـــ نوع الجلد: الأشخاص ذوي الجلد الأشقر والأبيض والعينان الزرقاوان أكثر قابلية للتأثر بأشعة الشمس من الآسيويين والزنوج. الجلد القاتم ذو مقاومة أكثر لتأثيرات الشمس وهذا ينجم عن زيادة عدد ونشاط الأجسام الصباغية في الأشخاص ذوي الجلد القاتم.

3 ـــ وقت التعرض: التأثير المؤذي للأشعة فوق البنفسجية هو أكثر في وقت الظهيرة (10 صباحاً ـــ 4 مساءاً).تأثيرات الأشعة فوق البنفسجية UVA تنقص في الساعة الرابعة عصراً وهذا سببه إن معظم الإشعاعات تحترق بعد هذا الوقت ويوجد قليل منها في الجو إما تأثيرات الأشعة فوق البنفسجية من النوع UVB. هو غالباً في كل ضوء النهار.

4 ـــ موقع التعرض: التعرض على ساحل البحر ذو تأثير أكثر بسبب انعكاس الأشعة UVR بالماء "

" وهذا سبب إن التأثير أكثر في الجبال الثلجية.UVR والرمل. الثلج أيضاً يعكس"

5 ـــ مدة التعرض: التأثير أكبر مع زيادة وقت التعرض خاصة أولئك الذين لايتعرض جلودهم لأشعة الشمس المباشرة باستمرار مثل الرضع والأطفال.

(14/4)

---

6 العوامل المناعية:

العوامل المناعية لها دور مهم. المرضي المصابون بحساسية ضيائية يكون لديهم استعداد اكثر لتأثيرات الأشعة والتي قد تشمل حتى الأماكن المغطاه من الجسم.

7 الأدوية:

الأدوية الجهازية:

تأثير الإشعاع الشمسي شديد أكثر عند المرضي الذين يتناولون أدوية تسبب حساسية ضوئية مثل «التتراسكلين والفينوثيازين».

8 المستحضرات الموضعية:

السورالين الموضعي ـــ النباتات الحاوية على الفوروكومارين، العطور ومستحضرات التجميل وزيت

اللوز في المركبات المختلفه قد تعمل تلك كمحسس ضيائي وتسبب التهاب جلد ضيائي.

المظاهر السريرية لتأثير أشعة الشمس:

أ ــ ارتكاس شمسي حاد

حرق الشمس:

الحمامي هي الاستجابة المباشرة، وقد تكون خفيفة أو شديدة. يظهر الاندفاع الحويصلي الفقاعي متأخراً على المناطق المعرضة مع إحساس بالحرقان الشديد ونز من سطح الجلد ويكون ذلك عادة أكثر عند البيض والعرق الأبيض.

الميلا نين في الأشخاص ذوي لون الجلد القاتم (الأسود) يعمل كواقي من تأثير أشعة الشمس حيث أنه يعكس، ويمتص وينثر الأشعة فوق البنفسجية.

الشكل رقم 333: حرق شمسي

الشكل رقم 333 أ: نمش وتصبغ جلدي

شكل الارتكاس الناجم عن التعرض للشمس هو حمامي مفاجئ، التهاب جلد ضوئي أو حرق شمس بسبب . الــ UVB أو حمامي متأخرة تبدأ بعد عدة ساعات من التعرض لإشعاع UVAالأشعة فوق البنفسجية التي تأثيرها على UVA له تأثير كذلك على الأجزاء المغطاة وغير المغطاة من الجسم على عكس UVB المناطق المعرضة للشمس فقط. هذه الارتكاس قد يزول بعد عدة أيام مخلفاً تصبغاً جلدياً. التصبغ يحدث التي تزيد ربط الهرمون المنشط UVBكنتيجة لزيادة إنتاج الميلانين في الخلايا الصباغية استجابة لأشعة للخلايا الصباغية الجائل بالخلايا الصباغية مؤدياً إلى تكاثر خلايا الميلانوسايتس الصباغية.

التشجرات المتفرعة تؤدي لتصبغ الجلد.

ب ــ ارتكاس سمي ضيائي.

ج ــ ارتكاس ضيائي تحسسي.

(15/4)

د ــ اندفاع ضيائي متعدد الأشكال.

هــ ــ تأثير التعرض للشمس المزمن.

التأثير الشمسي المزمن:

دبغ الجلد وزيادة سماكة الطبقة القرنية هو الخطر الأخف نتيجة التعرض المزمن للشمس.

التقران الشمسي، الأورام الصباغية (ميلانوما) والسرطان شائك الخلايا الجلدي هو اختلاط خطير جداً حيث أن الحالات القاتلة من الميلانومات ازدادت أكثر خلال السنوات السابقة بسبب فرط التعرض للشمس خاصة على شواطئ البحر للحصول على جلد برونزي.

النمشات وشيخوخة الجلد الباكرة تحدث كذلك بسبب تنكس الكولاجين بتأثير أشعة الشمس.

الشكل رقم 333ب : ورم سرطاني توسفي

Squamous cell carcinoma

الارتكاس الضوئي السمي والضوئي الحركي:

الأدوية والمواد الكيماوية ذوات الصفات الحركية الضيائية والتأثيرات السمية الضوئية.

الشكل رقم 334: التهاب جلد ضيائي

الشكل رقم 335: اندفاع ضيائي متعدد الأشكال

تؤدي إلى التهيئة للتأثير الصبغي للأشعة فوق البنفسجية مسببة التهاباً جلدياً ضيائياً. الدبغ يتلو الارتكاس الشبيه بحرق الشمس نتيجة لبعض الأدوية مثل التتراسكلين ولكنها ليست ارتكاسات ضيائية ارجية.

إذا طبق العامل الحركي الضيائي مباشرة على الجلد فإن شدة الاستجابة الصباغية تحرض بشكل كبير وفرط التصبغ قد يكون شديداً ومستمراً.

التهاب الجلد الضيائي النباتي:

هو ارتكاس صباغي والتهابي في الجلد ينجم عن تأثير أشعة الشمس، يؤهب له التماس مع الفوروكومارين الموجودة في النباتات أو المركبات الأخرى.

الارتكاس يحدث في المناطق المعرضة لأشعة الشمس بعد ملامسة هذه النباتات لسطح الجلد.

يوجد بعض الاستعداد الشخصي، لكن مع التعرض الكافي فإن المعظم سوف يرتكس.

إذا كان الطور الالتهابي شديد فإن الفقاعات تتشكل، لكن في الحالات الأخف فقط فإن التغيرات الصباغية تكون مخالفة وتتلو نموذج غير منتظم في النقاط التماسية للنبات والأوراق مع الجلد غير المغطى.

التناذر السريري الأشيع هو خطوط مستبقة غريبة الشكل شبكية، غالباً على الساقين عند الأطفال بشكل متكرر.

التهاب الجلد التحسسي من العطور

Berloque Dermatitis

هذا النوع ينجم عن فعالية تحريض استحداث الميلاتين بواسطة 5 ــ ميثوكسي سورالين أو زيت البرغاموت الموجود في العطور، وخاصة ماء الكولونيا.

أطوال الموجات في الأشعة فوق 320 نانو متر هي عادة الطيف المؤثر.

سطح الجلد المتسجح أو المتهتك أكثر قابلية للتأثير المؤذي للشمس.

كما إن الجو الحار الرطب هي عوامل مهيئة كذلك.

الشكل رقم 336: حساسية العطور

التصبغ يحدث في الأشخاص القابلين الذين قد تعرضوا للضوء بعد ملامسة العطر، لذلك توزع الآفات متنوع لكن شكلها العام متميز.

تصبغ بني غامق يتلو النموذج المتشكل من قبل قطيرات العطر فوق الجلد من نقاط التطبيق. يزول التصبغ عادة بعد أسابيع أو شهور، الحالة حالياً أقل تكراراً، رغم أنها مازالت مشكلة من مواد التجميل المستمرة.

المحسسات الضيائية الموضعية:

بعد تطبيق السورالين على الجلد والتعرض للأشعة فوق البنفسجية طويلة الموجة فإن ذلك يؤدي إلى زيادة " كما يوجد Dopaفي عدد الخلايا الصباغية النشطه، إذ تصبح هذه الخلايا أكثر تشعباً واكثر إيجابية لــ " زيادة في استحداث الميلانين ونموذج التوزع للأجسام الصباغية في الخلايا القرنية يتغير من النوع المتكدس إلى الشكل غير المتكدس.

الصباغ البرونزي يزول تدريجياً بعد وقت من إيقاف المعالجة الضوئية.

الشكل رقم 337: ارتكاس ضيائي

سمي

)PUVA(تراي سورالين +

التأثير الخطير للتعرض لأشعة الشمس أكثر خطورة عند الرضع والأطفال الصغار وقد سجلت حالات موت حدثت في بعض الولدان المصابين، سواء من الأذية الدماغية (اليرقان النووي) أو من تضييق القناة الصفراوية خارج الكبدية.

المعالجة الضوئية:

المعالجة الضوئية بالضوء الأزرق ذو الموجه من: 420 ــ 460 نانومتر تؤدي إلى الأكسدة الضوئية للبيلروبين عبر الجلد، وقد تصبح مؤكدة بشكل ثابت إذ أن ذلك آمن وفعال في معالجة الولدان.

عدد من التأثيرات الجانبية الجلدية الصغرى قد تحدث.

بعض الولدان يحدث لديهم طفح حمامي لطاخي.

اغمقاق المناطق المعالجة من الجلد يستمر لعدة شهور قد يحدث في الأطفال السود عرقياً.

الشكل رقم 337ب . حساسية وندبات نتيجة الحروق

تناذر الطفل البرونزي:

هي اختلاط نادر للمعالجة الضوئية عند الولدان، وفيه يتصبغ جلد الطفل باللون البني الغامق (البرونزي)، وكذلك البول والمصل بعد المعالجة الضوئية ويبقى عندما يزول فرط بيلروبين الدم.

يبدو أن وجود المرض الكبدي هو الذي يهيء لحدوث مثل هذا الاختلاط.

اللون البرونزي يزول تدريجياً بعد إيقاف المعالجة الضوئية، لكن الموت قد سجل في عدة أطفال مصابين، سواءً من اليرقان أو من تضيق القناة الصفراوية خارج الكبدية.

طرق الوقاية من تأثيرات الشمس

التأثيرات المؤذية لأشعة الشمس أقوى ما تكون بين الساعة 10 صباحاً والرابعة ظهراً.

1 ــ استخدام واقيات الشمس واسعة الطيف مع عامل واقي شمسي.

2 ــ تكرار وضع واقي الشمسي كل ساعتين خارج المنزل، حتى في الأيام الغائمة خاصة على شواطئ البحار والمناطق الثلجية.

3 ــ لبس لباس واقي مشدود، مثل قمصان بأكمام طويلة وسراويل طويلة.

4 ــ لبس قبعة عريضة الحواف ونظارات شمسية خارج المنزل.

5 ــ الوقوف في الظل قدر المستطاع، إذا كان ظلك أقصر منك، يحتمل أنك تتعرض لأذية شمس أكثر.

6 ــ تجنب السطوح العاكسة.

7 ــ الأطفال أكثر حساسية لتأثيرات الشمس.

8 ــ قلل من التعرض للشمس.

9 ــ تجنب أسِرّة دبغ الجلد.

10 ـــ تجنب المحسسات الضيائية سواء كانت أدوية أو نباتات أو أشجار.

واقيات الشمس

Sun screens

(18/4)

واقيات الشمس هي ماصات للأشعة فوق البنفسجية، وتحوي مكونات مثل استرات البارأمينوبنزوئيك أسيد، مثيل، فينيل، وبنزيل حمض الصفصاف، بنزيل سينامات، دي جالويل تري أوليات (محسس ضيائي)، 4 ـــ ايزوبروسبيل دي بنزويل ميثان، 3 ـــ (4 ـــ مثيل بنزليدين) ـــ كافور و 4 ـــ رباعي بوتيل ـــ 4 ـــ ميثوكسي دي بنزويل ميثان.

واقيات الشمس متوفرة في السوق منذ عام 1928 بشكل مطريات من بنزيل سالسيليك أسيد وبنزيل سينامات وأخيراً الواقيات الضيائية الأخرى المتوفرة بشكل ثنائي سلفات الكينين وكينين أوليات.

واقيات الشمس عادة تعكس وتنثر الإشعاعات فوق البنفسجية وبذلك تحمي الجلد لفترة محدودة تعتمد على نوع الواقي. يجب وضع الواقي قبل عشرين دقيقة من بدء التعرض للشمس ويعاد وضعه كل ساعتين طالما التعرض مستمر. لذلك يجب تعليم الأطفال الذين لديهم حساسية ضوئية المحافظة على استعمال الواقي وبطريقه روتينيه كما يستعملون فرشة الأسنان.

10 " متوفرة ويجب استخدامها لحماية الشفاه من الأذية الإشعاعية.SPFالواقيات الشمسية مستحضر للشفاه"

UVAوقاية العين من تأثير الأشعة فوق البنفسجية باستخدام نظارات شمسية خاصة ذات قدرة على حصر "

". القبعة ذات الحيز العريض يمكن استخدامها أيضاً لحماية قليلة.UVBو

كل أنواع الجلد في الأعمار المختلفة خاصة الرضع والأطفال يحتاجون لحماية من الأشعة فوق البنفسجية

" من الجلد ذو اللون الفاتح والأبيض أكثر استعداداً.II و Iالشمسية، ذوي النمط"

15"على الأقل من النوع 15 تؤدي إلى حماية تالية ضد حروق الشمس SPFواقيات الشمس واسعة الطيف " خاصة للأشخاص ذوي الجلد الأشقر.

من المهم جداً تقليل التعرض للشمس من الساعة 10 صباحاً إلى الساعة 4 عصراً ومحاولة البقاء في الظل حتى لو UVلا يعطي وقاية كاملة من تأثير الشمس حيث إن الرمل ــ الماء ــ الثلج والعشب تعكس أشعة كان الجسم في منطقة الظل .

(19/4)

المظلة تستخدم خارج المنزل وفي شواطىء البحر والمظلة الشخصية يمكن أن تعطي بعض الحماية ــ الحماية الأكثر فعالية في كل الحالات هي حاصرات الشمس واسعة الطيف.

بارأمينوبنوئيك أسيد ومشتقاته هو عامل واقي شمسي شعبي. واقيات الشمس الحاوية على باراامينوبنزويك أسيد استرات، فينيل، مثيل، وبنزيل السالسيلات، بنزيل سينامات، دي غاليويل تري أوليات (محسس ضيائي) تستخدم كواقيات شمس.

يجب ملاحظة إن بعض واقيات الشمس قد تسبب حساسية ضيائية. لذا من المهم أن تختار الواقي الشمسي غير المحسس.

المراجع

Kligman AM. Early destructive effects of sunlight on human skin. J Am Acad Dermatol 1969; 210: 80–2377

1

Kumakiri M, Hashimoto K ,Willis I. Biologic changes due to longwave ultraviolet radiation in human skin .J InvestDermatol 1977; 69: 400–392

2

Mitchell RE. Chronic solar dermatosis: a light and electron microscopic study of the dermis. J Invest Dermatol 1967; 20–48:203

3

Sams WM. Sun induced aging. In: Gilchrest BA ,ed. The Aging Skin. Philadelphia: WB Saunders. Dermatologic Clinics1986; 16–509 :4

4

Fitzpatrick TB. The validity and practicality of sun-reaction skin types I through VI. Arch Dermatol 1988; 124: 71–869

5

Johnson BE .Changes in sunburn and mechanisms of protection. J Soc Cosm Chem 1978; 31 :23

6

Pathak MA. Sunscreens: topical and systemic approaches for protection against harmful effects of solar radiation. J AmAcad Dermatol 1982; 312–285 :7

7

Pfau RG, Hood AF, Morison WL. Photo-ageing; the role of UVB ,simulated UVB and PUVA. Br J Dermatol 1986; 27–114:319

8

Sams WM. Sun induced aging. In: Gilchrest BA, ed. The Aging Skin. Philadelphia: WB Saunders .Dermatologic Clinics1986; 4: 16–509

9

Gilchrest BA, Blog FB, Szabo G. Effect of aging and chronic sun exposure on melanocytes in human skin. J InvestDermatol 1979; 73: 3–141

10

Findlay GH ,Hull PR. Eruptive tumours on sun-exposed skin after benoxaprofen. Lancet ;1982ii: 95

11

Roelandts R, van Hee J, Bonamie A et al. A survey of ultraviolet absorbers in commercially available sun products. Int JDermatol 1983; 55–247 :22

12

Thune P, Eeg-Larsen T. Contact and photocontact allergy in persistent light reactivity. Contact Derm 1984; 11: 107–98

13

Thune P .Basic mechanisms of photosensitization. In: Frosch PJ, Dooms-Goossens A ,LaChappelle LM et al., eds. CurrentTopics in Contact Dermatitis. Berlin : Springer-Verlag, 1989: 9–473

14

Thompson G, Maibach H, Epstein J. Allergic contact dermatitis from sunscreen preparations complicating photodermatitis.Arch Dermatol 1977; 113: 3–1252

15
Ramsay CA. Skin responses to ultraviolet radiation in contact photodermatitis due to Fentichlor. J Invest Dermatol102−99 :72;1979
16
Kopf AW, Kripke ML, Stern RS. Sun and malignant melanoma. J Am Acad Dermatol 1984; 11: 84−674
17
Zaynoun ST, Johnson BE ,Frain-Bell W. A study of oil of bergamot and its importance as a phototoxic agent: II. Factorswhich affect the phototoxic reaction induced by bergamot oil and psoralen derivatives. Contact Derm 1977; 3: 39−225
18
Willis I ,Kligman AM. The mechanism of photoallergic contact dermatitis. J Invest Dermatol84−378 :51 ;1968
19

(21/4)

الفصل الأربعون الأمراض الجلدية الوعائية Cutaneous vascular diseases

البرفرية (الفرفريه) Purpura

البرفرية هي مجموعة من الأمراض تتصف ببقع جلدية نزفيه مختلفة الأحجام وقد تترافق مع مظاهر جهازية وتختلف عن الكدمات التي تنشأ نتيجة الرضوض أو الإصابات الجلدية. التكدم هو تجمعات دموية خارج الأوعية الدموية وتكون عادة أكبر من البرفريات.

تتميز البرفرية بشكل طبيعي عن الطفح الحمامي إذ أنه عندما نضغط بالإصبع أو الضغط بالصفيحة الزجاجية على البقعة الحمامية (التنظير الزجاجي) فإنها تفشل في تبييض الآفة.

التغيرات في الآفات الفرفرية تتراوح من الأرجواني، إلى البرتقالي إلى البني وحتى أزرق أو أخضر، تغير لون الجلد أو الأغشية ينجم عن وجود الدم خارج الأوعية.

يوجد عدة تصنيفات مختلفة للبرفريات في عدة مراجع تعتمد على الشكل أو السبب.

1 ــ برفرية نقص الصفيحات

هذا النوع من البرفرية يتعلق بشذوذات الصفيحات الدموية سواء بسبب نقص تشكلها أو تخربها بعدة عوامل. البرفرية الناجمة عن نقص الصفيحات عادة تحدث مع تعداد الصفيحات الأقل من 10000/مم مكعب ونادراً ما يشاهد مع تعداد فوق الـــ 50000/مم مكعب.

السدادة الصفيحية تنجم بسبب أذية أو مرض في جدار الوعاء الدموي ويؤدي ذلك إلى :

السيروتونين والثرمبوكسان 2 وينتج عن ذلك انقباض وعائي وزيادة التصاق وتكدس الصفيحات مشكلة بذلك السدادة الصفيحية.

حدوث وتشكيل السدادات الصفيحية تتعزز بتشكيل خيوط الفيبرين كنتيجة لتفعيل نظام التخثر المصلي بالعامل الصفيحي الثالث.

الأسباب:

قد تكون برفرية نقص الصفيحات بدئية (مجهولة السبب) أو تحدث بسبب عوامل غير معروفة أو ثانوية نتيجة لعدة عناصر.

أ ــ برفرية نقص الصفيحات الأساسية(Idiopathic thrombocytopenic purpura : (

(22/4)

ينجم هذا الاضطراب عن التخرب المناعي للصفيحات. التفاعلات ضد مستضد الفيروسية قد تبدو في الأشكال الحادة من المرض، بينما الحالات المزمنة معظمها يترافق مع أضداد ذاتية ومضادة للصفيحات حيث إن الصفيحات تنقص إلى ما تحت الــ 50000/مم مكعب وقد تختفي تماماً.

ب ــ برفرية نقص الصفيحات الثانوية:

عوامل داخلية وخارجية مختلفة قد تسبب برفرية نقص الصفيحات:

1 ــ الأدوية:

الأدوية الأشيع التي تحدث برفرية هي:

المضادات الحيوية: مثل الامبيسلين ــ البنسلين ــ الكلورام فنكول ــ الريفامبيسين ــ السلفوناميدات والتريميثوبريم.

المسكنات: سالسيليك أسيد ــ فينل بيوتازون.

أدوية أخرى: كينين ــ كينيدين ــ سيدورميد والثيازيدات.

2 ـــ المواد الكيماوية: البنزول وسم الأفعى.

3 ـــ الانتانات: انتان الدم ـــ التيفوئيد ـــ التيفوس ـــ الجدري ـــ جدري الماء ـــ اللقاحية ـــ الحمى القرمزية ـــ الانفلونزا والتهاب الشفاف الجرثومي تحت الحاد.

4 ـــ أمراض نقي العظم: ابيضاض ـــ فقر دم لامصنع، فقر دم خبيث هي أشيع الأسباب لنقص الصفيحات.

5 ـــ ضخامة الطحال: قد تترافق مع برفريات.

6 ـــ الأورام الدموية الوعائية: نقص الصفيحات قد تترافق مع الأورام الوعائية الدموية.

7 ـــ تناذر ويسكوت ـــ الدريخ: (نقص صفيحات ـــ أكزيما ـــ انتانات).

8 ـــ اليوريميا: هو نادر عند الاطفال الذين يترافق لديهم برفرية نقص الصفيحات والنزف مع الحمى وفقر الدم الاغلالي وأعراض عصبية وكلوية.

9 ـــ عوامل فيزيائية: مثل ضربة الشمس.

المظاهر السريرية:

برفرية نقص الصفيحات قد تحدث في أي عمر، لكن في ثلثي الحالات تظهر في الأعمار الصغيرة وفي الإناث أكثر شيوعاً من الذكور.

البداية قد تكون تدريجية أو حادة خاصة عند الاطفال، وقد تسبب وفيات وبشكل رئيسي بسبب الحوادث الوعائية الدماغية.

النزف يحدث ضمن الجلد مع مناطق من البقع أو نزوف طويلة الأمد وقد يحدث ذلك في الأعضاء الداخلية.

الإصابة المفصلية غير شائعة.

قد يتضخم الطحال قليلاً.

(23/4)

الهجوع العفوي يحدث في جزء من الحالات الحادة، لكنه نادراً في الحالات المزمنة التي مضى عليها أكثر من ثلاثة أشهر وفيها يكون السير مستمر أو متذبذب.

طرق التشخيص:

الصورة السريرية:

صورة الدم: تعداد الصفيحات قليل ــ الخلايا النقبية العرطلية(Megakaryocytes) توجد بعدد طبيعي أو زائد في نقي العظم (Bone marrow.)

الموجودات في نقي العظم سلبية.

التشخيص التفريقي:

الذئبة الحمامية الجهازية.

البرفرية المحرضة بالأدوية.

التخثر المنتشر داخل الأوعية.

الفشل الكلوي.

المعالجة:

1 ــ معالجة السبب.

2 ــ الستيرويدات القشرية.

3 ــ الجلوبولينات المناعية.

4 ــ استئصال الطحال: مفيد في معظم الحالات المزمنة والحالات الحادة الغير مستجيبة على الستيروئيدات القشرية. بعد استئصال الطحال، تعداد الصفيحات يميل لأن يبقى منخفضاً لكن البرفريات تتحسن.

5 ــ المعالجة الكابتة للمناعة: تستطب في الحالات التي تفشل في الإستجابة لاستئصال الطحال والستيروئيدات أو عندما يكون استئصال الطحال غير ممكن نتيجة لأسباب معينة.

6 ــ الدانازول قد يفيد في بعض الحالات.

الشكل رقم 338 برفيريا

الشكل رقم 339 ا: برفيريا (وعائيه)

الشكل رقم 339 ج برفيريا

الشكل رقم 339ب: برفيريا

الشكل رقم 339 د برفيريا

2 ــ البرفرية بدون نقص صفيحات:

البرفرية الوعائية:

تشكل البرفرية بدون نقص الصفيحات معظم حالات البرفريات.

قد يتسرب الدم بسبب:

أذية الأوعية.

زيادة الضغط داخل الأوعية الدموية.

نقص الدم الوعائي: قد ينشأ النزف عن اضطراب في واحد أو أكثر من الآليات التالية:

1 ــ تقلص جدار الوعاء الدموي.

2 ــ انسداد الأوعية الصغيرة بالصفيحات الدموية.

3 ــ تخثر الدم.

غالباً كل هذه العوامل تعمل مجتمعة ويختلف الدور الدقيق وأهمية كل منها في الآلية المرضية للارتكاس البرفري.

أسباب البرفرية الوعائية:

1 ــ أذية الأوعية الدموية:

(24/4)

هشاشة الشعريات الدموية تعتمد على عدة عوامل تشمل سلامة البطانة الشعرية بحد ذاتها وأيضاً قدرة الصفيحات على سد أي فجوة قد تحدث فيها.

المقاومة الشعرية يمكن تحديدها باختبار بسيط يدعى "اختبار هيس" يمكن إجراؤه بنفخ كم جهاز قياس الضغط الشرياني حول القسم العلوي من الذراع حتى يصل لضغط ثابت 80 ملمتر (أو أقل إذا وصل إلى الضغط الانقباضي) لمدة خمس دقائق.

بقع نزفيه صغيره قد تحدث في وجود شذوذات في جدار الأوعية الدموية، نقص الصفيحات أو سوء وظيفة الصفيحات، ويمكن عدها بعد تحرير الضغط: أقل من 5 بقع في مساحة قياس 5سم عرض تحت الحفرة المرفقية قد يعتبر طبيعي.

ارتفاع الضغط داخل الأوعية قد يسبب البرفرية في غياب أي من الأمراض الأخرى.

بقع دموية صغيرة وبسيطة قد تحدث من السعال المزمن، أو الإقياء المديد أو بالضغط على منطقة موضعية من الجلد.

الأذية المباشرة الناجمة عن الرض أو الثانوية لعوامل مختلفة مثل العوامل المناعية في ظاهرة

"شوارتزمان" التي تنجم عن تفاعل ضد ــ مستضد مسبباً تنخراً نزفياً في الشرايين والأوردة.

2 ــ ارتفاع الضغط داخل الأوعية الدموية

الأسباب:

ارتفاع التوتر الشرياني.

الجاذبية والركودة الوريدية هي أسباب أكثر شيوعاً للبرفرية.

شفط جزء معين من الجلد قد يسبب برفرية موضعية مثل تلك التي يفتعلها المصابون باضطرابات نفسيه وعصبية وفي التهاب الجلد المصطنع.

عوامل فيزيائية مختلفة مثل البرد ــ الضغط ــ الرض ــ التغير في الجاذبية.

الانتانات المختلفة.

الإضافات إلى الطعام والمشروبات الناجمة عن الإضافات الكيماوية الأخرى.

3 ــ الأدوية

عدة أدوية وسموم قد تسبب برفريات وهي بشكل رئيسي:

(25/4)

الارسنيك ــ اتروبين ــ بزموث ــ باربيتيورات ــ كاربومال ــ كلورام فنكول ــ كلوروثيازيد ــ كلوربرومازين ــ دي ايتيل ستلبسترول ــ الذهب ــ صبغة الشعر ــ الايزونيازيد ــ اليود ــ المنثول ــ مبيروبامات ــ بارامينوسالسيليك أسيد ــ ببيرازين ــ كينيدين ــ رزربين ــ سموم الأفعى ــ سالسيلات الصوديوم، سلفوناميدات ــ ثيوراسيل ــ تولبوتاميد وغليسريل تري نترات.

برفرية الستيرويدات القشرية:

هي برفرية ناجمة عن نقص في دعم الأوعية الدموية، الستيروئيدات القوية الموضعية مثل الكولبيتازول " Dermovate" عندما يستخدم لفترة طويلة قد يسبب ضمور كولاجين الأدمة وتوسع الشعريات حيث تفقد الاوعية الدموية دعاماتها وتصبح هشة وتتمزق مسببة طفحاً برفرياً موضعياً.

4 ــ الاشعاع الشمسي

التعرض المديد لأشعة الشمس قد يؤدي أيضاً إلى ضمور كولاجيني يؤدي إلى ضياع في دعامة الشرايين والأوردة الصغيرة تحت سطح الجلد.

هذا النوع من البرفرية تحدث بشكل رئيسي على الأجزاء المعرضة للشمس من اليدين ــ الساعدين وعلى الساقين، الآفات قد تظهر بعد رض بسيط أو تظهر عفوياً.

5 ــ برفرية الاسقربوط (البثع)

دعامة الأوعية الدموية ضعيفة في مرض الاسقربوط (البثع). قد يظهر كدمات صغيرة أو كبيرة على الأطراف مع الرض الخفيف، النزوف النمشية قد تحدث أيضاً خاصة على الساقين أو من اللثة.

6 ــ البرفرية السمية

أذية الشعريات الدموية قد تكون مباشرة بسبب بعض السموم التي تحدث تاثيرات سمية على الجدار الوعائي أو بسبب الارتكاس التحسسي بدون أي تغير في عدد الصفيحات أو شكلها.

الأدوية مثل بعض الصادات الحيوية (كلورام فنكول ــ سلفوناميدات) ــ كينين ــ الكابرومال والباربيتورات قد تسبب أذية الشعريات الدموية.

7 ــ برفرية التماس

بعض المواد قد تحدث برفرية التماس مثل صبغات الـــ "ازو" أو الإضافات المطاطية في بعض الألبسة (ألبسة الخاكي) مثل النوع المستخدم في الجيش.

8 ــ البرفرية المرافقة للالتهابات

(26/4)

قد تترافق البرفرية مع انتان مثل انتان الدم، انتان السحائيات ــ الريكتيسيات ــ الفيروسات والتهاب الشفاف الجرثومي تحت الحاد. قد تظهر البرفرية أيضاً في الفترة الأولى من بعض الانتانات مثل الحصبة حيث هي غالباً علامة للانتان الشديد.

الاندفاعات البرفرية قد توجد أيضاً في سير انتانات المبيضات.

9 ــ البرفرية المرافقة مع أمراض جهازية

البرفرية غير ناقصة الصفيحات قد تحدث في عدة امراض جهازية، آلية أذية الأوعية الدموية غالباً غير معروفة.

الأمراض الجهازية الشائعة التي تترافق مع برفريات هي:

اليوريميا

أمراض الكبد

الداء السكري

الصباغ الدموي (هيموكروماتوز) والسرطانات.

الداء النشواني (اميلويد) الناجم عن ارتشاح الشعريات بالمادة النشوانية.

سوء التغذية: يبدو أنه من المحتمل إن تغيرات تحدث في التخثر، الصفيحات والشعريات وكل من ذلك يلعب دوره.

الصمة الشحمية: النمشات التي تكون قليلة أو متعددة كثيراً هي علامة مهمة تحدث عادة على الجزء العلوي من الجسم بعد الرض الكبير بحوالى 2 – 3 أيام.

الصمات الشحمية الدقيقة قد وجدت ضمن الأوعية في موقع النمشات الشذوذات.

الاضطرابات الغدية: مثل داء كوشينغ.

برفرية خلل بروتينات الدم

Dysproteinaemic purpura

قد تشكل البرفرية احيانا العرض الرئيسي وقد يكون الأعراض الوحيدة لاضطرابات بروتينات المصل وقد يحدث مع فرط البروتينات الباردة، وهذا يحدث أكثر شيوعاً في الأجزاء غير المحمية بعد التعرض للبرد.

فرط جلوبولينات الدم يسبب عدة أسباب مثل الساركويد المجهول السبب (تناذر والدنستروم) الذئبة الحمامية) قد يؤدي لظهور البرفريات.Myeloma ــ تناذر سجوجرن ــ الورم النقوي (

المظاهر السريرية لبرفرية خلل البروتينات الدم هي حطاطات حمامية تحدث بشكل رئيسي على الساقين وتتطور بشكل سريع إلى آفات برفرية نقطية.

(27/4)

في الحالات الخفيفة، يزول الاندفاع خلال عدة أيام، لكن في الحالات الأكثر شدة البرفرية تصبح متكدسة ومستمرة. قد لوحظ شكل مشابه يترافق مع الداء الليفي الكيسي سواء ترافق أم لا مع الجلوبولينات (فرط الجلوبولينات الباردة).

برفرية هينوخ ــ شونلاين

(البرفرية التأقانية)

Henoch-Schoenleine purpura

تصيب الاطفال والبالغين الصغار. الشري والبرفرية مع إصابة متعددة لأجهزة الكلية والأمعاء والمفاصل تميز هذا النمط من البرفرية.

الأسباب:

أذية جدران الأوعية الدموية الصغيرة بسبب ترسب المواد المعقدة المناعية.

الجلوبولينات القرية (الباردة) وجدت أكثر من المركبات المناعية .

المستضد المرافق مع انتان الطرق التنفسية العلوية يتوقع أن يكون جزءً من السبب الشائع للاستجابة المناعية.

المظاهر السريرية:

المظاهر العامة:

تبدأ المظاهر عادة بحمى خفيفة، ألم حارق في البلعوم، وانتانات طرق تنفسية علوية التي قد تسبق الطفح الجلدي.

المظاهر الجلدية:

يظهر طفح لطاخي أولاً على السطوح الباسطة من الأطراف والأرداف تم تصبح سريعاً شروية وبرفرية مع تنخر مركزي للآفات.

المظاهر الجهازية:

إصابة الكلية على شكل التهاب كلية بؤري، هي مظهر خطير للمرض.

إصابة الأمعاء تؤدي إلى قولنج أو مغص بطني ونزف هضمي.

التهاب عديد من المفاصل: والألم في المفاصل هي مظهر آخر.

سير المرض مزمن، قد يستغرق أسابيع لتتراجع الآفة الجلدية، لكنه عادة يوجد نكس ومعاوده للمرض.

المظاهر الكلوية والمعوية قد تتحسن أو قد تحدث اختلاطات خطيرة.

التهاب الشعريات الدموية مجهولة الأسباب

Capillaritis of unknown etiology

هو أمراض وعائية غير محددة السبب مع مظاهر مختلفة وتشترك بنفس المظاهر التشريحية المرضية.

ويشمل ذلك عدة امراض وهي بشكل رئيسي:

داء شامبرغر:

هو جلاد برفري مصطبغ مترقي مجهول السبب، يصيب الذكور الأطفال ومجموعات الأعمار الأخرى

التي قد تبدي استعداداً عائلياً.

المظاهر السريرية:

(28/4)

الآفات الجلدية هي لويحات بنية غير منتظمة قد توجد مع تصبغات مختلفة ناجمة عن ارتشاح الهيموسيدرين، بقع تشبه لون الفلفل الأحمر وهذا ما يميز الآفات.

الحالة عادة لاتسبب الأعراض، رغم أنه قد يوجد بعض الحكة. اندفاع مزمن بشكل نموذجي وقد يستمر لعدة سنوات. نموذج الاندفاع يتغير حيث قد يبدي امتداداً بطيئاً مع بعض الشفاء في الآفة الأصلية والشفاء العفوي قد يحدث.

التشخيص التفريقي:

الاندفاع الدوائي: عدة أنماط من الأدوية خاصة الكاربرومال والأدوية الأخرى قد تسبب أنماطاً متشابهة من آفات الجلد البرفرية.

التحسس للطعام والإضافات الطعامية.

التهاب الجلد للثياب.

برفرية فرط جلوبولينات الدم.

الفطار الفطراني الباكر.

البرفرية الحاكة

(الفرفرية الأكزيما تيدية)

Itching purpura

هي برفرية تشبه الأكزيما إذ تبدأ عادة بشكل ارتكاس برفري أكزيمائي حول الكاحلين وتنتشر نحو المحيط. الاندفاع غالباً ذو لون برتقالي مميز.

الآفات الجلدية الأكزيمائية تظهر بشكل لطاخات برفرية حمامية قد تشبه الأكزيما التي تحدث نتيجة الملامسة بالأحذية أو الاندفاع الدوائي ونادراً ماتصبح الحالة معممة. تصيب غالباً المناطق المعرضة بسبب الاحتكاك. التحسن العفوي شائع لكن قد يحدث النكس.

التشخيص التفريقي:

الارتكاسات الدوائية: الحساسية للكابرومال والمبيروبامات وكاربامازيبين.

التحسس للطعام.

التهاب الجلد بالتماس مع الثياب أو المطاط.

داء شامبرغ متميز باستمراريته الأكثر وغياب الحكة عادة.

الحزاز الذهبي (البرفرية الحزازية)

Liichen aureus

هو اندفاع برفري غالباً يكون موضعياً والبقع البرفريه تكون مركزة.

المظاهر السريرية:

(29/4)

تبدأ الآفات الجلدية بشكل لطاخات مفردة غير حاكة أرجوانية أو بلون الصدأ وغالباً تكون ذهبية اللون، حيث تشبه الكدمات. قد يشاهد حويصلات صغيرة في سياق المرض الذي قد يستمر عدة سنوات. التغيرات التشريحية المرضية هي بشكل التهاب شعريات دموية وارتشاح لمفاوي وبالخلايا الناسجة.

المعالجة:

الستيرويدات موضعياً قد تكون مفيدة.

برفرية توسع الشعريات الحلقية (المدثرة)

(داء ماجوشي)

Purpura annularis telengectoides) Majochi's disease(

هذا النوع من التهاب الشعريات الدموية قد يبدي ميلاً واستعداداً عائلياً يصيب بشكل رئيسي البالغين الصغار وكلا الجنسين.

المظاهر السريرية:

تحدث الآفات في أي موضع، غالباً في غياب الركودة الوريدية وقد تكون قليلة أو كثيرة العدد، يتظاهر الاندفاع الجلدي بلويحات حلقية صغيرة مع توسع شعريات وارتشاح هيموسيدريني بسبب لطاخات أرجوانية، أو صفراء أو بنية اللون تكون على نمط لون الفلفل الأحمر.

الآفات الشخصية تستمر بدون تغيير لعدة شهور أو سنوات أو قد يكون لها امتداد بطيء متمركز (عديد

المراكز)، بعض الآفات تزول وقد تنكس بنفس الاندفاع.

المعالجة:

الآفات لاتسبب الأعراض ولاحاجة للمعالجة عادة.

الشذوذات التخثرية

Coagulation defects

هذه الأمراض ناجمة عن شذوذات في واحد أو أكثر من العوامل المتعددة المتعلقة بالتخثر مع شذوذات في وظائف الصفيحات.

البرفرية عند الوليد

البرفرية الوعائية غير شائعة عند الوليد لكنها قد تحدث.

الداء النزفي عند الوليد ينجم عن زيادة في الانخفاض الفيزيولوجي للبروثرومبين خلال الأسبوع الأول من الحياة.

التشخيص التفريقي:

البرفريات أو النز ف في الشهر الأول من الحياة يجب أن يفرق عن الأنواع المختلفة من أمراض الجلد البرفرية مثل:

عوز عوامل التخثر.

.C أو البروتين Sعوز البروتين

الناعور والأمراض الدموية الأخرى التي نادراً ما تسبب نزف في هذا العمر.

نقص الصفيحات قد ينجم عن فشل في الخلايا السوية العرطلة.

آلية مناعية عند ولدان الأمهات المصابات بفرفرية نقص الصفيحات الأساسية.

أو الذئبة الحمامية الجهازية.

الحصبة الألمانية الولادية وتناذر ويسكوت الدريخ.

الأورام الوعائية الدموية.

التهاب الأوعية الجلدية الجهازي

Angitis

التهاب الأوعية الجهازية الجلدية هو تنخر واسع ومعقد في الأوعية الدموية الصغيرة.

الأسباب:

عدة عوامل يعتقد أنها السبب في التهاب الأوعية الجهازي وتشمل:

الأدوية: اكثر الأدوية التي قد تسبب مثل ذلك هي: السلفوناميدات، حمض الصفصاف (الأسبرين)

الفينوثيازين ــ الباربيتورات.

الانتانات: انتانات الكورات العقدية ــ التقيحات الجلدية ــ انتان الطرق التنفسية العلوية.

مبيدات الحشرات: وقاتلات الطحالب.

التهاب الأوعية الدموية الجهازي الجلدي يشمل عدة أمراض جلدية وهي بشكل رئيسي:

التهاب الأوعية الأرجي.

التهاب الأوعية بفرط الحساسية.

التهاب الأوعية الأرجي الجهازي.

التهاب ما حول الشرايين العقدي.

التهاب الجلد العقيدي المزمن.

التهاب الشراين الأرجي.

البرفرية الصاعقة عند الوليد

Neonatal purpura fulminans

البرفرية الصاعقة هي اضطراب خطير يصيب المرضى بأعمار مختلفة لكنه أكثر شيوعاً عند الأطفال.

المظاهر السريرية:

الآفات تتصف بحدوث تجمعات دموية من الكدمات المتموجة ذات حدود واضحة أقل أو أكثر تناظراً.

بدون نمشات دموية تظهر خاصة على الأطراف والجذع والوجه. البداية مفاجئة حيث تتضخم الآفات

بسرعة مع تجمعها وغالباً تسبب فقاعات نزفية وتنخر مركزي ويوجد حمامي محيطية والآفات مؤلمة

عادة.

المريض عادة مصاب بالحمى، الصمة الوعائية هي مظهر خاص لهذا المرض.

يوجد خطر تالي للنزيف الداخلي والصدمة والموت.

الأسباب:

عند الاطفال الكبار، البرفرية الصاعقة قد يكون لها عدة أسباب. وهي مظهر هام لأنتان الدم بالسحائيات وقد يحدث كظاهرة لعدد من الأنتانات الأخرى بما فيها الأنتانات الشائعة مثل الأنتانات العقدية ــ الحماق والحصبة.

" .Cعند الوليد وعلى كل حال فان حدوث ذلك يكون بشكل كبير نتيجة عوز البروتين "

المعالجة:

تتألف المعالجة من النقل السريع للبلاسما الطازجة المجمدة.

الوذمة النزفية الحادة عند الرضع

Infantile acute hemorrhagic edema

هو اضطراب متميز، يتألف من مشاركة البرفرية عادة، وذمة التهابية في الأطراف والوجه، يحدث بشكل استثنائي غالباً عند الاطفال بعمر أقل من سنتين مع ميل للنكس في وقت قصير وشفاء عفوي تالي.

سبب الوذمة النزفية الحادة عند الرضع يبقى مجهولاً، ويظن أنه تمثل شكلاً مشابه لبرفرية هينوخ ــ شونلاين.

التخثر داخل الأوعية المنتشر.

البرفرية نتيجة التجلط داخل الأوعية الدموية

Disseminated intravascular coagulation

التخثر المنتشر داخل الأوعية قد يبدي صورة سريرية تتراوح من اضطراب قاتل شديد وسريع إلى اضطراب بسيط نسبياً.

العوامل المؤهبة:

من جهاز التخثر.S والبروتين Cناجم عن العوز الخلقي او المكتسب للبروتين

الأسباب:

أسباب التخثر داخل الأوعية المنتشر هي:

أذية النسج الواسعة.

أنتانات شديدة (انتان الدم بسلبيات الجرام خاصة).

ارتكاسات مناعية.

أمراض خبيثة.

الأورام الوعائية الدموية العرطلة.

الآلية المثبطة الطبيعية للتخثر هي الأساس، لذلك يوجد تخثر داخل الأوعية يتلوه استهلاك ونقص في الصفيحات وعوامل التخثر المصلية.

المظاهر السريرية:

تشمل النزف ــ فقر دم اغلالي ــ وخثرات صمية البدء قد يكون حاداً أو تحت حاد أو مزمن.

الحالات الخفيفة: تبدي نمشات دموية، حطاطات برفرية، فقاعات نزفية وزرقة نهايات.

يوجد نقص الفيبرنيوجين، نواتج تحطم الفيبرين.

خزعة الجلد قد تكون مفيدة في إظهار التجلط أو الصميات داخل الأوعية.

(32/4)

الحالات الشديدة: البداية مفاجئة بحمى عالية وبرفريه متناظرة عادة وشديدة الاتساع على الأطراف.

الإنذار القاتل قد يحدث بعد 2 – 3 أيام.

المعالجة:

معالجة الصدمة والمعالجة بتعويض الصفيحات والفبرنيوجين والبلاسما الطازجة.

معالجة الأعراض.

معالجة السبب.

دور الهيبارين مازالت تحت الجدال نوعا ما.

مظاهر التهاب الأوعية الجهازية الجلدية

Manifestations of cutaneous systemic angitis

المظاهر الجلدية

الآفة تبدأ عادة على أسفل الساقين والأرداف واليدين والمعصمين.

آفات الأغشية المخاطية نادرة. قد تظهر آفات جلدية مختلفة سواء على شكل طفح برفري وحويصلات نزفية وفقاعات، وأخيراً يوجد عقيدات وتقرحات التي تستمر لفترة طويلة. عادة نوع واحد من هذه الآفات تتظاهر إما بشكل طفح برفري فقط أو بشكل حويصلي.

المظاهر العامة

حمى، دعث وألم عضلي هي أعراض متكررة.

الإحساس بالحرقان والألم الحارق قد يكون ضعيفاً أو أحياناً شديداً حسب مكان وانتشار الآفات. مفاصل متورمة وآلام مفصلية.

إصابة الكلية: تؤدي لمظاهر التهاب الكبد والكلية.

المظاهر المعدية المعوية: إقياء دموية ــ دم بالبراز ــ قرحة حمضية ــ قرحة مريئية ــ عادة تتظاهر بزوفان ــ غثيان ــ إقياء ــ إسهال ونقص شهية.

مظاهر قصور القلب الاحتقاني.

إصابة الرئة تؤدي لالتهاب رئوي.

تبدلات عينية: نزف شبكية.

المظاهر العصبية: التهاب أعصاب محيطية ــ شفع ــ عسرة بلع ــ وبحة صوت.

طرق التشخيص:

الفحوص المخبرية.

" : عادة مرتفعة.E SRسرعة التثفل"

فرط جلوبولينات الدم.

3 " في مناطق النخر الفبريني في الأوعية الدموية.C والمتممة IgGتظهر الجلوبولين "

طرق المعالجة:

معالجة السبب.

الستيريويدات القشرية قد تفيد في بعض الحالات.

التهاب الأوعية الأرجي

Allergic vasculitis

التهاب الأوعية الجلدية يتصف بآفات شروية نخرية أو برفرية وقد يترافق مع التهاب أوعية الأعضاء الداخلية.

(33/4)

التبدلات التشريحية المرضية موضعية في الأوعية الدموية الجلدية.

وهي تشمل تغيرات فيبرينية في الأوعية الدموية الجلدية الصغيرة مع ارتشاح بعديدات أشكال النوى

وكثيرات النوى.

الصورة الدموية:

" طبيعية، لكنها عادة مرتفعة. عندما ترتفع كثيراً يجب الشك بأن السبب قد ESRقد تكون سرعة التثفل"

يكون التهاب الأوعية الشروي والذئبة الحمامية.

قد يلاحظ فرط العدلات وفرط الحمضات.

عادة يوجد نقص المتممة الدموية.

غالباً تظهر المعقدات المناعية الجائلة.

التشخيص التفريقي:

الأنتان ــ تناول الأدوية ــ التنشؤات الداخلية وأمراض الكولاجين حيث أنها قد تبدي التهاب أوعية جلدية ويجب أن تنفي.

المراجع

Legrain V, Lejean S ,Taieb A et al. Infantile acute hemorrhagic edema of the skin: a study of ten cases. J Am Acad Dermatol 1991; 24: 22–17

1
Gladston CL, Groncy P, Griffin JH. Coumarin necrosis, neonatal purpura fulminans and protein C deficiency. Arch Dermatol 1987; 123: 1701a-6a

2
Marciniak E, Wilson HD, Marlar RA. Neonatal purpura fulminans: a genetic disorder related to the absence of protein C in blood. Blood 1985; 65: 20–15

3
Powars DR, Rogers ZR, Patch MJ et al .Purpura fulminans in meningococcaemia associated with acquired deficiencies of proteins C and S. New Engl J Med 1987; 317: 2–571

4
Editorial. Management of alloimmune neonatal thrombocytopenia. Lancet 1989; i: 8–137

5
Gelmetti C, Barbagallo C, Cerri D et al. Acute hemorrhagic oedema of the skin in infants :clinical and pathogenic observations in seven cases. Pediatr Dermatol News 34–23 :4 ;1985

6
Lowe LB. Cold panniculitis in children. Am J Dis Child 13–709 :115 ;1968
7
Mann TP. Hypothermia in the newborn: a new syndrome? Lancet ;1955 i: 14–613
8

Mann TP, Elliott RIK. Neonatal cold injury due to accidental exposure to the cold. Lancet 1957; i: 34–229
9
Gladston CL, Groncy P, Griffin JH. Coumarin necrosis, neonatal purpura fulminans and protein C deficiency. Arch Dermatol1701 :123 ;1987 a-6a
10
Powars DR, Rogers ZR, Patch MJ et al. Purpura fulminans in meningococcaemia associated with acquired deficiencies of proteins C and S. New Engl J Med 1987; 317: 2–571
11
Hardisty RM. Platelet disorders. In: Hoffbrand AV, Lewis SM eds. Postgraduate Haematology 3rd edn .Oxford: Heinemann, 1989: chapter 22
12
Ingram GIC, Brozovic M, Slater NGP Bleeding Disorders. Investigation and Management. Oxford: Blackwell1982 ,
13
Michaelsson G, Petterson L, Juhlin L. Purpura caused by food and drug additives. Arch Dermatol, 1974; 109: 52–49
14
Nishioka K, Katayama I ,Masugzawa M et al. Drug induced chronic pigmented purpura. J Dermatol, (Tokyo2–220 :16 ;1989 (
15
Batschvarov B, Minkov DH. Dermatitis and purpura from rubber in clothing. Trans

St Johns Hosp Dermatol Soc 1968; 82–178 :54

16

Calnan CD, Peachey RDG. Allergic contact purpura. Clin All 90–287 :1 ;1971

17

Leung AKC. Purpura associated with exposure to sunlight. J Roy Soc Med 1986; 79: 4–423

18

Nishioka K, Katayama I, Masugzawa M et al .Drug induced chronic pigmented purpura. J Dermatol, (Tokyo) 2–16:220 ;1989

19

Remazzzi G. Bleeding in renal failure. Lancet 1988; i8–1205 :

20

Loewenthal LJA. Itching purpura. Br J Dermatol 1954; 103–95 :66

21

Poller C. Disseminated intravascular coagulation. Prescribers Journal 1989; 29: 8–234

22

Ratnoff OD. The psychogenic purpuras: a review of autoerythrocyte sensitisation, autosensitisation to DNA, `hysterical' and factitial bleeding and the religious stigmata. Semin Haematol 1980; 17: 213–192

23

Editorial .Management of alloimmune neonatal thrombocytopenia. Lancet 1989; i8–137 :

24

Cupps TR, Fauci AS. The vasculitides. In: Ryan TJ ed. Major Problems in Internal Medicine vol 21–1. Philadelphia: WB Saunders, 116 :1981pp

25

Winkelmann RK. Classification of vasculitis. In: Wolff K ,Winkelmann RK, eds.
Vasculitis. London: Lloyd-Luke, 24−1 :1980
26
Editorial. Viral haemorrhagic fevers. Lancet 1981; ii3−182 :
27
Ahn YS, Harrington WJ, Simon SR et al. Danazol for the treatment of idiopathic
thrombocytopenic purpura. New Engl J Med 1983; 9−1396 :308
28
Winkelmann RK. Classification of vasculitis. In: Wolff K ,Winkelmann RK, eds.
Vasculitis. London: Lloyd-Luke, 1980: 24−1
29
Berg RE ,Kantor GR, Bergfeld WF. Urticarial vasculitis. Int J Dermatol 1988; :27
72−468
30

الفصل الحادي والأربعون المظاهر الجلدية للأمراض الداخلية
Skin manifestations of internal diseases

هذا الفصل يلخص بعض المظاهر الجلدية لأمراض جهازية معينة.

الجلد هو المرآة الصافية لجسم الإنسان، حيث إن الأمراض الداخلية قد تنعكس بمظاهر معينة على السطوح الجلدية.

يوجد عدة أمراض داخلية يمكن أن تسبب مظاهر جلدية. قد تظهر هذه العلامات على سطح الجلد بمظاهر سريرية مختلفة حسب المرض الداخلي البدئي بشكل رئيسي. ومن هذه المظاهر مايلي:

لون الجلد:

تترافق ألوان الجلد المختلفة مع بعض الأمراض الداخلية.

الشحوب كما في فقر الدم.

التلون الأصفر الترابي للجلد: يحدث في الاحتشاءات المعوية المزمنة مثل البلهارسيا.

الإحمرار (الكظة الدموية) يحدث بسبب الدوران مفرط الحركية كما في إحمرار الدم (احمريات الجلد) وقصر القلب الاحتقاني.

الجفاف: جفاف الجلد يحدث في الأمراض المنهكة المزمنة.

رقة الجلد: تحدث بسبب إعياء الكولاجين الجلدي كما في الدنف أو موضعياً كما في العلاج بالستيروئيدات القوية موضعياً.

خطوط بالجلد: تحدث في داء كوشينغ، وبعد الستيروئيدات داخلاً أو خارجاً لمدة طويلة، انكماشات دوبوتيرين وفي الأمراض الكبدية المزمنة.

شكل الجلد: تغيرات في شكل الجلد كما في وجه البدر الذي ينجم عن الستيروئيدات الجهازية والتهاب الأوعية اللمفاوية والتثدي المرتبط بزيادة الاستروجنيات الجائلة في الدورة الدموية.

تغيرات الشعر: الشعر الناعم الوبرى المغطي للجلد قد يصبح مصطبغاً كما في بعض الأورام خاصة الكارسينومات.

الشعرانية: تحدث بسبب زيادة الاندروجنيات الجائلة في الدورة الدموية والكوريتزول بسبب داء كوشينغ أو المعالجة الجهازية بالستيرويدات وبعض أورام المبيض.

الحاصة (الثعلبة) قد تحدث بسبب زيادة الاندروجنيات الجوالة أو تغيرات في حساسية مستقبلات الاندروجنيات والاستروجنيات في الجلد.

تغيرات لون الشعر: الأمراض الاستقلابية والعوزية مثل مرض كواشيوركور والبرفيريات قد تسبب تبدلات في لون الشعر.

تساقط الشعر: في فقر الدم، الاضطرابات الهرمونية ــ بعد المعالجة الكيماوية أو الصدمات النفسية.

التغيرات في الأظافر: تحدث في الأمراض المزمنة مثل فقر الدم الخبيث، تشمع الكبد ــ مؤدياً إلى شرائط بيضاء أو تعقف الأظافر إذ تصبح الأصابع كمضرب الطبل.

الورام الأصفر (داء الأورام الصفر): حبوب الشباب والتهاب الجلد الزهماني يحدث في الأمراض الكبدية الصفراوية.

الحكة: مظهر شائع في الالتهابات الفطريه والجرثومية ــ أمراض الكبد ويعتقد أنه يتعلق بالأملاح الصفراوية وزيادة تركيزها في الدم. الكولسترامين الذي يستعمل في المعالجة يزيد الضياع البرازي للأملاح الصفراوية ومن ثم يخفف الحكة.

الوذمة: قد تنجم عن نقص ألبيومين الدم، زيادة الضغط الوريدي وزيادة النفوذية الشعرية الدموية.

احمريات الجلد: الحمامي والتوسف أو التسلخات في الجلد قد تنجمان عن اندفاع دوائي أو من الأمراض الحطاطية المتسلخة مثل الصداف.

الآفات الحاكة الشروية والحاصة الموضعية: ترتبط بالصدمات العصبية والنفسية العميقة.

المظاهر الجلدية للأمراض الكبدية

التغيرات التشريحية المرضية في الجلد وملحقاته في الأمراض الكبدية هي:

1 ــ اليرقان في الأمراض الكبدية المزمنة.

2 ــ فرط تصبغ منتشر في الجلد يُسبب الأذية الخلوية الكبدية.

3 ــ الوحمات العنكبوتية، توسع الشعريات ــ الحمامي الراحية ــ التشبك الرصاصي والتهاب الأوعية هي مظاهر شائعة عند الاطفال.

" 4K. ــ طفوح برفرية ينجم عن عوز الفيتامين "

5 ــ الشعر: ناعم في الأمراض الكبدية.

6 ــ الاندفاع الزهمي والعدي الشكل على الجزء العلوي من الجسم هو مظهر شائع.

7 ــ نقص اندروجنيات الخصية بسبب القصور الكبدي المؤدي إلى شعر قليل عند البالغين وتثدي.

8 ــ بقع بيير: مناطق بيضاء تظهر على الأطراف السفلية عندما تبرد.

وتعقف الأظافر في التشمع الكبدي.9Lanula ــ الأظافر: تغيرات في الأظافر مع غياب الـــ

المظاهر الجلدية في الأمراض الكلوية

الحكة: هي مظهر شائع في القصور الكلوي، الآلية الدقيقة غير واضحة وقد تكون لها علاقة بفرط نشاط جارات الدرق الثانوي المؤدي إلى تكاثر وتنمي الخلايا البدنية.

جفاف الجلد: قد يتعلق بعدة عوامل هي بشكل رئيسي:

إفراز المركبات الحاوية على النتروجين على سطح الجلد.

نقص نشاط الغدد الزهمية يؤدي إلى جفاف أكثر وأيضاً زيادة للحكة.

خلل استقلاب الاندروجين: يزيد جفاف الجلد، وهذا يسبب أيضاً شعر فروة ناعم، مع تساقط شعر الفروة ــ الإبطين والعانة بعد البلوغ.

) ويحدث في القصور MSHتغيرات لون الجلد: ينجم عن زيادة الهرمون المنشط للخلايا الصباغية (

الكلوي المزمن، حيث إن الكلية هي المكان الرئيسي لاستقلاب هذا الهرمون.

لون الجلد في القصور الكلوي يتراوح مابين الشاحب بسبب فقر الدم ومفرط التصبغ بسبب زيادة الخلايا الصباغية.

المظاهر الجلدية لسوء وظيفة الغدية الصماوية

أمراض الغدة النخامية

Pituitary diseases

عدة مظاهر جلدية تترافق مع قصور الغدة الدرقية:

ضخامة النهايات: الجلد يكون سميكا بسبب زيادة الكولاجين المتعلق بهرمون النمو الجوال مؤدياً إلى مظاهر خشنة وميل لتشكل الجدران والمياسم الجلدية والطيات الجلدية في الفروة (التلافيف الجلدية العمودية).

الجلد في المرضى المصابين بالعملقة الرأسية (ضخامة النهايات) يكون دهني ومتصبغ ومغطى بشعر خشن أسود سميك.

قصور الغدة النخامية: الجلد رقيق، جاف وضامر، يؤدي إلى تجعدات تظهر بشكل رئيسي على الوجه وبقع ناقصة التصبغ بنية شاحبة مصفرة.

داء كوشينغ

Cushing's disease

المظاهر الجلدية المختلفة هي:

).1MSH ــ فرط تصبغ ناجم عن زيادة الهرمون المنشط للخلايا الصباغية (

2 ــ حبوب الشباب (العد): ناجم عن فرط إفراز الاندروجنيات محدثاً سدادات تقرنية تسد فتحات الغدد الدهنية الشعرية وهو مظهر لداء كوشينغ. الآفات عادة بشكل حطاطات سطحية أو بثرات مع رؤوس سوداء قليلة. هذا الشكل يغطي عدة مناطق من سطح الجلد وحتى خارج المناطق الغنية بالغدد الدهنية. ويشبه الطفح حبوب الشباب أو العد الشائع الذي يصيب المناطق الغنيه بالغدد الدهنية مثل الوجه والظهر وأعلى الصدر.

3 ــ الشعرانية: بسبب زيادة الاندروجين الجوال الذي يرتبط بإنتاج الاندروجين الزائد.

: داء كوشينغhالشكل رقم 340

الشكل رقم 340 ب: داء كوشينغ

(39/4)

---

4 ــ الخطوط الأرجوانية: بسبب زيادة الستيروئيدات القشرية الجائلة. الآفات الجلدية هي خطوط وردية مترتبة بشكل خطي، الخطوط القديمة الناجمة عن داء كوشينغ تستعيد لونها الزهري المزرق على عكس الأنواع الأخرى التي تصبح بيضاء شاحبة مؤخراً.

5 ــ البرفرية: مظاهر شائعة، ضمور الكولاجين الجلدي تؤدي إلى دعم أقل للأوعية الدموية، التي تصبح قابلة للتمزق.

وجود البرفرية عند الطفل والأعمار الصغيرة يرفع احتمال وجود داء كوشينغ.

6 ــ وجه البدر: قد ينجم عن إماهة أو زيادة السوائل في النسيج الشحمي تحت الجلد.

7 ــ انتانات فطرية سطحية: النخالية المبرقشة هي أيضاً واحدة من مظاهر داء كوشينغ.

المظاهر الجلدية لاضطرابات وظيفة الغدة الدرقية (الدرق)

Skin diseases of thyroid dysfunction

المظاهر الجلدية في فرط نشاط الدرق:

هي المظهر الأكثر تميزاً Pretibial myxedemaالوذمة المخاطية أمام عظمةالساق (الظنبوب) (للانسمام الدرقي تظهر بشكل حطاطات لماعة شمعية ولويحات تشبه قشرة البرتقال على مقدم الساق (الظنبوب).

زيادة الشعر في المناطق المصابة.

الأكزيما: آفات تشبه الأكزيما التابتية عند الاطفال والبالغين.

سماكة الجلد: تزداد مؤدية إلى طيات خشنة تظهر فيما حول العينين.

الجلد في الوذ مة المخاطية يبدو خشناً، جافاً ومتقشراً وشاحباً ومنتفخاً مع شعر خشن يحتمل إنه بسبب الجوال.TSHزيادة هرمون

الجلد دافيء وفرط التعرق بسبب زيادة معدل الاستقلاب الأساسي.

الحكة.

فرط تصبغ أو بهق.

حاصة وضياع جلد الحاجبين.

الأظافر تصبح متقصفة ومشوهة الشكل.

المظاهر الجلدية لاضطرابات وظيفة جارات الدرق

Skin manifestations of adrenal dysfunction

فرط نشاط جارات الدرق: قد يسبب حكة ــ تكلسات جلدية ــ نزف واحتشاء.

نقص نشاط جارات الدرق: آفات جلدية قد تشبه داء المبيضات الجلدي المخاطي.

المظاهر الجلدية الناتجة عن سوء وظيفة الكظر

"داء أديسون"

Addison's disease

(40/4)

المظاهر الجلدية في داء أديسون تنجم عن زيادة الميلانين والاندروجنيات وهذا قد يسبب مظاهر جلدية عديدة وهي بشكل رئيسي:

1 ــ فرط تصبغ منتشر في مخاطية الشدق والجلد عادة على المناطق المعرضة للشمس من الوجه والعنق والأطراف، بسبب زيادة إنتاج الميلانين. وخطوط الجلد في الراحتين ومواقع الاحتكاك والندبات القديمة والمناطق المصطبغة سابقاً تصبح أكثر تصبغاً.

2 ــ الاسترجال: يسبب زيادة الاندروجنيات الجائلة ويؤدي ذلك إلى شعرانية وصلع من النموذج الذكري.

3 ــ زيادة سماكة الجلد: تنجم عن زيادة كولاجين الجلد.

طفح عدي الشكل (مثل حبوب الشباب) وزيادة الزهم في الجلد والفروة ينجمان عن زيادة الاندروجنيات.

المظاهر الجلدية الناجمة عن الامراض البنكرياسية (المعثكلية)

Skin manifestations of pancreatic disease

1Necrobiosis lipodeca diabeticorum) ــ البلي الحيوي الشحماني السكري)

آفات الجلد هي لويحات بيضوية واضحة الحدود ــ حبيبة ذات حجوم مختلفة مع سطح ضموري لماع ومركز أصفر. تظهر على جلد المصابين بالسكر خاصة على مقدم عظمة الساق (الظنبوب) بسبب تنكس

الكولاجنين. السير مزمن والشفاء يحدث مصحوباً بالندبات.

2 ــ انتانات الجلد الجرثومية والفطرية خاصة داء المبيضات.

المظاهر الجلدية لداء السكري

تشمل المظاهر الجلدية لداء السكري مايلي:

1 ــ البلي الحيوي الشحماني السكري.

الشكل رقم 341طفح جلدي (مرض السكري)

Fig. 341Necrobiosis lipodeca diabeticorum

) هو حطاطات شاحبة أو متوهجة بشكل 2Granuloma annulare ــ الورم الحبيبي الحلقي الحبيبوم) (

حلقات تصبح بيضاء بالضغط، وتبدي حلقات محببة في حطاطات جلدية بيضاء، خاصة فوق ظهر الأصابع واليدين، وقد يحدث الحبيبوم الحلقي أيضا بسبب لدغ القراد والاندفاع الدوائي.

3 ــ البهق: يوجد زيادة في زوال الصباغ في المرضى المصابين بمرض السكري لفترة طويلة.

---

4 ــ اعتلال أعصاب سكري: حطاطات بيضوية حمراء قاتمة، قد تبدي حويصلات صغيرة تتقرح مخلفة وراءها تقرحات صغيرة تترك بعد الشفاء بقع ضمورية مصطبغة.

5 ــ اللاتعرق: عادة تظهر على بقع و ينجم ذلك عن اعتلال الأعصاب السكري ويؤدي لعدم تحمل الحرارة.

الشكل 342 غرغرينا جلدية(مرض السكري)

Fig 342Diabetic skin gangrene

المظاهر الناجمة عن معالجة السكري:

) ضمور في موقع حقن الأنسولين تحت الجلد.Lipodystrophyالحقن الشحمي(

ارتكاسات شروية بسبب الأنسولين.

ارتكاسات دوائية: بسبب الأدوية الفموية مثل "سلفونيل يوريا" مؤدية إلى حمامي عديدة الأشكال وارتكاس سمي ضيائي.

) تظهر الآفات في المراحل المتأخرة من السكري بسبب زيادة Xanthomatosesداء الاورام الصفر(

شحوم المصل.

قرحات ضمورية أو اغتذائية وآفات فقاعية: ناجمة عن اعتلال الأعصاب السكري خاصة في القدمين.

المظاهر الجلدية للافات المعوية بسوء الامتصاص

Skin manifestation of intestinal malabsorption syndrome

المظاهر السريرية ينجم عن سوء امتصاص الحموض الدسمة الأساسية.

هذه المظاهر اكثر شيوعا عند البالغين من الاطفال:

1 ــ المظاهر الجلدية:

جلد جاف متقشر.

(.Dermatitis herpetiformisالتهاب جلد حلئي الشكل)

شعر ناعم.

التصبغ الجلدي في الأغشية المخاطية لجوف الشدق وشقوق الجلد تزداد في بعض حالات سوء الامتصاص المعوي.

2 ــ المظاهر النادرة الأخرى:

لمفوما الأمعاء وتحوصل الجلد ينجم عن تنخر البشرة عند المرضى المصابين بكارسنيوما البنكرياس.

في الاطفال: قد تظهر نفس المظاهر في الاطفال الذين يتغدون على حمية فقيرة بحمض اللينوليك، المظاهر الأكثر شيوعاً في الجلد هي:

طفح صدافي الشكل

جفاف وتشقق الجلد

هذه الحالات تتحسن بالأدوية الموضعية مثل زيت بذور دوار الشمس.

(3Acrodermatitis enterpathica ــ التهاب جلد النهايات المعوي)

هو اضطراب وراثي قد يكون ناجماً عن عوز الزنك كما في تناذر سوء الامتصاص.

الحالة قد تكون قاتلة عند الرضع والاطفال الصغار.

المظاهر السريرية:

الآفات الجلدية

آفات تشبه داء المبيضات تظهر حول الفم وما حول الأعضاء التناسلية، الفروة، المرفقين والأصابع.

الاندفاع الجلدي هو حويصلات صغيرة وبثرات وتقرحات وآفات متقشرة ومتحرشفة.

ضياع الشعر والأظافر.

المظاهر العامة

التهاب جلد النهايات بالاعتلال المعوي قد يترافق مع إسهال شديد يؤدي إلى دنف.

التشخيص يعتمد على الصورة السريرية ونقص الزنك الجائل في الدوران.

4 ــ التهاب الأوعية:

سوء امتصاص معوي قد يترافق مع التهاب الأوعية المعوية والجلدية.

5Dermatitis herpetiformis(ــ التهاب الجلد الحلئي الشكل)

" في الوصل البشروي للأدمة.IgAهو مشكلة مناعية تنجم عن اندخال الــ "

الحالة تصيب كل الأعمار لكنها تحدث بشكل رئيسي في الإناث في أواسط العمر.

الآفة الجلدية تبدأ بشكل حطاطات صغيرة حاكة بشدة على قاعدة حمامية على السطوح الباسطة للأطراف

والجذع ويترافق عادة مع الأداء الزلاقي (Coeliac disease.)

الأكزيما ــ الجرب ــ الحمامي عديدة الأشكال، تشبه التهاب الجلد الحلئي الشكل وأحياناً ليس من السهل التفريق بين الآفات الجلدية.

الحالة تستجيب جيداً للدابسون والسفابيريدين.

المراجع

Callen JP, Jorrizo JL, eds. Dermatological Signs of Internal Disease. Philadelphia: Saunders, 1988

1

Jones JH, Mason DK, eds .Oral Manifestations of Systemic Disease. Philadelphia: Saunders1980 ,

2

Braverman IM. Skin Signs of Systemic Disease 2nd edn. Philadelphia :Saunders, 1981

3

Lang PG. Pituitary disorders. In: Callen JP, ed .Cutaneous Aspects of Internal

Disease. London: Year Book Medical Publishers :1981 ,chapter 39, 71–463

4

Barth JH, Ng LL, Wojanarowska F et al .Acanthosis nigricans, insulin resistance and cutaneous virilism. Br J Dermatol19–613 :118 ;1988

5

(43/4)

Callen JP. Skin signs of internal malignancy. Austral J Dermatol 1987; 14–106 :28

6

Kurwa A, Waddington E. Hepato-cutaneous syndrome (juvenile cirrhosis, allergic capillaritis of the skin, proctocolitis and arthritis). Br J Dermatol 1968; 80: 40–839

7

McElgunn PS. Dermatologic manifestations of hepatitis B virus infection. J Am Acad Dermatol 1983; 8: 48–539

8

Isaacs NJ, Ertel NH. Urticaria and pruritus: uncommon manifestations of hyperthyroidism. J Allergy Clin Immunol 1971;48: 81–73

9

Brown J ,Winkelmann RK, Randall RV. Acanthosis nigricans and pituitary tumours. Report of eight cases. J Am Med Assoc 1966; 198: 23–619

10

Editorial .Pituitary-dependent Cushing's disease. Br Med J 1977; i50–1049 :

11

الفصل الثاني والأربعون المظاهر الجلدية للأمراض الاستقلابية

Skin manifestions of metabolic diseases

اضطرابات بورفيرين

Porphyrin disorders

البورفيرنيات هي مشتقات مواد استقلابية لم تتبع النمط الطبيعي أثناء عملية التصنيع العادي من" الجلايسين) إلى المركب "هيم" مؤدياً ذلك إلى إنتاج البورفوبيلنيوجين Co-enzyme-Aوسوكسنيل "كو انزيم "أ" (وأمينوليفولنيك أسيد.

عدة عوامل مثل: الأدوية والمواد الكيماوية والهرمونات يمكن أن تزيد تصنيع البورفيرين.

مواقع الإصابة هي إما الكبد وتسمى (البورفيريا الكبدية) أو نقي العظم أو الخلايا المولدة للكريات الحمر وتسمى: (البورفيريا المولدة للحمر).

أنواع بورفيريا:

(وتشمل:Hepatic porphyriaأ ــ بورفيريا الكبدية)

)Porphyria cutanea tardaبورفيريا الجلدية البطيئة)

)Acute intermittent porphyriaبورفيريا الحادة المتقطعة)

"Variegataبورفيريا"

ب ــ بورفيريا الناجمة المختلطة عن اضطراب نقي العظم:

"Porphyria due to bone marrow disturbances"

)Erythropoietic porphyriaبروتوبورفيريا المولدة للكريات الحمر)

)Congenital erythropoietic porphriaبروفيريا المولدة للحمر الولادية داء غانثر)

بورفيريا الجلدية البطيئة

Porphyria cutanea tarda

المظاهر السريرية هي ناجمة عن استقلاب بورفيرين الشاذ، الأدوية مثل الباربتورات ــ سلفوناميدات، كلورام فنكول ــ كلوروكوين ــ جريز وفولفين ــ الذيفانات والسموم ــ قاتلات الفطور (هيكساكلوربنزين) قد تسبب هذا النوع. أشكال مختلفة من البورفيريا يمكن أن تسبب مظاهر جلدية ــ شعرية وأظافر مختلفة.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية

الجلد يكون هشاً، يتمزق بسهولة ويشكل عناقيد بسبب الانفصال البشروي الادمي.

الارتكاس الشبيه بتبكل الجلد في شكل تصبغ.

ضمور وتوسع الشعريات على مناطق معرضة للشمس.

نقص التصبغ والتندب بعد الشفاء.

فرط الشعر غير شائع في البورفيريا الجلدية البطيئة.

الحساسية الضيائية:

المرضى لديهم حساسية لأشعة الشمس حتى عندما يكونوا داخل المنزل: والمريض ذو ميول لحدوث انتكاسات ضيائية سمية.

الأمراض المرافقة:

تشمع كبدي، الصباغ الدموي (هيموكروماتوزيز) ــ كارسينومات ــ داء هودجكن قد يترافق مع البورفيريا الجلدية البطيئة.

طرق التشخيص:

يبدي البول لون أحمر وردي بالومضات تحت أشعة وود.

اختبار البروموسلفان إيجابي.

تحديد البورفيريا في البول والبراز.

طريقة الثلاث خطوات: عمود بلاستيكي يستعمل لمرة واحدة يغمس في راتنج تبادل شاردي ويسمح بتحديد البورفيرنيات المختلفة وطلائعها.

بورفيريا الجلدية البطيئة العائلية

Heriditary porphria cutanea tarda

هو شكل نادر يورث كصفة قاهرة ويظهر في أعمار مبكرة حوالي 15 سنة.

المعالجة:

الفصد: يسحب من المريض 500 مل دم كل أسبوعين. عادة 3000 – 5000 مل من الدم تفصد.

الآفات الجلدية تتحسن عادة بعد الفصد الثاني.

الكلوروكوين: 500 ملغ مرتين كل أسبوع للبالغين ويعتقد أنه ذو نتائج مشجعة.

بيكربونات الصوديوم: يستخدم لقلونة البول وقد يكون ذو تاثير مفيد أيضاً.

بورفيريا المتقطعة الحادة

"بورفيريا الكبدية"

Acute intermittent porphria

هذا الشكل يتصف بهجمات دورية من المغص البطني والاضطرابات المعدية المعوية وشلل وإضطرابات نفسية.

المظاهر السريرية:

المظاهر العامة

مغص بطني.

اعتلال اعصاب محيطية.

شذوذات نفسية.

المظاهر الجلدية

تصبغ الجلد.

شعرانية.

الحساسية الضيائية ليست من مظاهر هذا الشكل.

بورفيريا الـــVariagata

المظاهر الجلدية هي ذات المظاهر الجلدية المختلفة للبورفيريا الجلدية البطيئة والمتقطعة الحادة لكنها تحدث في مجموعة الأعمار الباكرة.

بورفيريا المولدة للحمر

حساسية ضيائية تسبب اندفاع ضيائي عديد الأشكال محدثة حطاطات حويصلية حمامية حاكة وطفوح شروية خاصة على المناطق المعرضة للشمس. الآفات الجلدية تشفي تاركة ندبات خطية متقطة.

المظاهر الأخرى: برفرية ــ وذمة وألم حارق شديد.

البروتوبورفيريا المولدة للحمر

يظهر هذا الشكل باكراً في الطفولة من 2 – 5 سنوات ويورث كصفة قاهرة. الحساسية الضيائية هي مظهر مميز

بروتوبورفيريا المولدة للحمر

) التي يتراوح طولها UVLفي هذا الشكل يعتقد إنه ناجم عن الموجات الأطول من الأشعة فوق البنفسجية (ما بين "320 – 450 نانومتر". يجب الملاحظة بأنه حتى زجاج النافذة لايعطي وقاية ولاحماية من تاثير الشمس على هؤلاء المرضى.

المظاهر السريرية:

الآفات الجلدية هي وذمة لويحية الشكل حمامية حاكة .

ظهور آفات شروية وحتى حويصلات أو فقاعات على المناطق المعرضة للشمس.

الآفات الجلدية قد تشفى مع تندب ومع تسمك شمعي في الأنف والخدين، وفوق المفاصل الأصبعية القريبة.

ضمور وتندب حول الفم.

طرق التشخيص:

شكل وتوزيع الافات الجلدية .

الحساسية الضيائية.

زيادة البورفيرنيات البروتو بورفايرن والكوبروبور فايرن في البراز.

(46/4)

الفحص بالمجهر الضوئي الومضائي للدم: بضع قطرات من الدم تحل بنسبة 1 : 5 بالمصل الفيزيولوجي وتوضع على شريحة المجهر الضوئي وتفحص بالعدسة الغاطسة في المجهر الومضائي.

تبدي الكريات الحمر عادة ومضاناً مميزاً.

يجب ملاحظة إنه في هذا الشكل من اليورفيريا لايعطى البول عادة ومضانا تحت أشعة وود.

البورفيريا المولدة للحمر الخلقية

Congenital erythropoietic porphyria

هذا الشكل يورث بصفة جسمية ذاتية مقهورة.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية

تظهر المظاهر الجلدية باكراً في سن الرضاعة على المناطق المعرضة للشمس وينجم عن ذلك الحساسية الضيائية. الآفات فقاعية مؤلمة تشفي بتندب مخرب ومشوه للشكل ويسبب تخرب في غضروف الأنف

والأذنين والأظافر.

الحاصة الندبية (اللاعكوسة)

فرط الأشعار مع وجود الشعر على الخدين، وحاجبين غزيرين ورموش طويلة (وجه القرد) البول بيدي

كمية كبيرة من الكوبرو ـــ واليوروبورفيرونات.

طرق التشخيص:

البورفيريا المولدة للحمرا الخلقية لها الصفات التالية ويمكن تشخيصها حتى في سن الرضاع الباكر:

بول أحمر في سن الرضاع الباكر.

حساسية ضيائية.

فقر دم ا نحلالي.

ضخامة طحالية.

أسنان حمراء في كل من الأسنان الدائمة والمؤقتة.

ومضان أحمر وردي في الأسنان عندما تتعرض لأشعة وود.

بيلة فنيل كيتون يوريا

Phenylketonuria

هذا المرض يصيب الاطفال ذوي الشعر الاشقر والعينان الزرقاوان والجلد الفاتح بسبب نقص أنزيم فينيل

الأنين هيدروكسيليز الضروري لتحويل الفنيل الاننين إلى تيروزين.

المظاهر السريرية:

حساسية ضيائية.

اندفاع اكزيما تيدي (شبه اكزيمائي).

انتانات ثانوية (شائعة).

آفات جلديه تشبه تصلب الجلد.

تصلب في الفخذين والأرداف هي مظاهر شائعة عند الرضع والاطفال المصابين.

المظاهر العامة

تخلف عقلي

نوبات صرعية.

الموجودات المخبرية:

وجود حمض الفنيل بيروفيك في البول وهذا يمكن تحديده بسهولة بإضافة بضع قطرات من محلول كلور الحديدي إلى البول (فيريك كلورايد) وهذا قد يعطي لون أخضر غامق.

طرق المعالجة:

حمية غذائية خاصة للرضع والاطفال الصغار حاوية على قليل من الفنيل الأنين ويجب أن تعطى مباشرة بعد الولادة.

البيلة الكابتونيوريا والداء الأصفر

Alkaptonuria & Ochronosis

هو مرض وراثي يورث بصفة جسمية ذاتية مقهورة نتيجة الخلل الأنزيمي في استقلاب التيروزين والفنيل الأنين.

المظاهر السريرية:

بول غامق يصبح أسوداً مؤخراً بسبب زيادة طرح حمض هوموجنتسيك في البول.

ترسب صباغ أسود بني في النسيج الضام.

في الأعمار الأكبر تكون المظاهر هي:

تصبغ في الصلبة العينية وهي العلامة المبكرة.

ترسب صباغ في الغضروف الأذني، الأنفي، وأوتار العضلات وفي الأطراف وقد تبدي بقع بنية مبقعة أو زرقاء.

الأعضاء الداخلية خاصة الأوعية الدموية الكبرى، الصمامات والحنجرة والأعضاء التناسلية قد تصاب.

إصابة اعتلال المفاصل تصيب المفاصل الفقرية ــ الوركين ــ الركبتين والكتفين.

شذوذات استقلاب الشحوم

Abnormal lipid metabolism

Xanthomatosis

الأورام الصفراء

داء الأورام الصفر هو تراكم الشحوم بالترافق مع خلايا رغوية في الأنسجة.

الأشكال السريرية:

: هو الشكل الأشيع من الأورام الصفراء، يصيب Xanthelasma palpabrumالورم الأصفر الجفني أي عمر. الإناث بأواسط العمر هن الأشيع إصابة بهذه الحالة خاصة اللواتي لديهن أمراض صفراوية.

الآفات هي لويحات مصفرة على الأجفان تتجمع لتشكل لويحات كبيرة.

: حطاطات مرتفعة صفراء متناظرة على الأجفان وجانبي Plane xanthomasالورم الأصفر المسطح العنق والراحتين.

:حطاطات صفراء تظهر على السطوح الباسطة Eruptive xanthomaالورم الأصفر الإندفاعي للأطراف والمفاصل والأرداف محاطة باطار حمامي وقد تكون مؤلمة وتترافق مع زيادة التراي جليسيريد.

Fig. 343a. Xanthomatosis

(48/4)

الشكل رقم 343 ا: الأورام الصفراء

Fig. 343b. Xanthomatosis

الشكل رقم 343 ب: الأورام الصفراء

): آفات عقيدية صفراء تظهر على الأوتار العضلية Tendinious xanthomasالأورام الصفر الوترية (على السطوح الباسطة ناجم عن ارتشاح الكوليسترول.

): آفات عقيدية متناظرة، تظهر فوق السطوح الباسطة Tuberous xanthomaالأورام الصفر الحدبية(للمفاصل ويترافق بزيادة الشحوم الثلاثية والكوليسترول في المصل.

مظاهر فرط البروتينات الشحمية

Manifestations of hyperlipoproteinemia

1 ــ فرط البروتينات الشحمية البدئي:

فرط البروتينات الشحمية العائلي عدة أشكال:

.Iفرط البروتينات الشحمية نمط

.IIفرط البروتينات الشحمية نمط

.IIIفرط البروتينات الشحمية نمط

.IVفرط البروتينات الشحمية نمط

.Vفرط البروتينات الشحمية نمط

2 ــ فرط البروتينات الشحمية الثانوي:

ثانوي لأمراض جهازية.

تشمع صفراوي بالأورام الصفر.

أمراض دموية تكاثرية (مولدة للدم).

الأورام الصفر السكرية.

النفروز الشحماني.

الوذمة المخاطية.

التهاب البنكرياس.

هيستوسيتوز.

داء ليتر – سوي.

داء هاند – شوللر – كريستيان.

الورم الحبيبي المحب للحامض.

الورم الحبيبي الاصفر الشبابي.

تناذر ريفسم Refsum's syndrome:

هو اضطراب وراثي في استقلاب الشحوم.

المظاهر العصبية والجلدية تميز هذه التناذر.

الشذوذات الخفية هي عوز حمض الفيتا نيك واستبدال الحموض الدسمة الغير مشبعة بشكل حمض اللينولنيك من الأنسجة الشحمية.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية: هي بشكل رئيسي جفاف الجلد يشبه السماك الشائع.

المظاهر العامة: تبدأ باكراً في الطفولة، تشبه التهاب الشبكية الصباغي مع مظاهر عصبية (اعتلال أعصاب عديد) ــ رنح ــ مظاهر قلبية وعظمية.

التغيرات العصبية تحدث وتشمل: الصمم، التنكس الدماغي ــ التهاب أعصاب عديد والتهاب شبكية صباغي وتشوهات قلبية.

تناذر "ريفسم" يمكن أن يشخص بتحليل الشحوم في الدم أو الجلد. في الأحوال الطبيعية لايوجد حمض الفيتانيك أو يوجد بنسبة قليلة جداً في الدم 00 ــ 33 ميومول/ مل.

المعالجة:

العلاج بحمية خالية من حمض الفيتانيك حيث تمنع الخضار ذوات الأوراق الخضر ومشتقات الألبان، ويمكن استخدام تبديل البلاسما مع هذه الحمية.

شذوذات استقلاب الحموض الأمينية

Abnormal amino-acids metabolism

هذه التغيرات تورث عادة بشكل مقهور وهي أخطاء في استقلاب الحموض الأمينية التي تؤدي لمظاهر جلدية مختلفة. تعتمد المظاهر الجلدية على الشذوذ النوعي في الحمض الأميني النوعي.

Alkaptinuriaبيلة الالكابتين يوريا:

تحدث بسبب عوز "هموجنتسيك أسيد أوكسيديز" مؤدياً ذلك لتراكم حمض الهموجنتسيك الذي قد يظهر في البول.

المظاهر السريرية:

في الحياة الباكرة: بول غامق وتعرق أسود.

ضمور مفاصل في العمود الفقري والركبتين بسبب سماكة الغضاريف العضلية.

في الأعمار الأكبر: جلد الجبهة والأذنين، والخدين وماحول العينان يكون مصطبغاً.

تصبغ الصلبة العينية.

بيلة هوموسيستين

Homocystinuria

ينجم عن اضطراب في استقلاب المثيونين بسبب غياب الأنزيم الكبدي (سيستاثايون سنثيتيز) ويسبب بذلك شذوذ في تشكيل الكولاجين.

المظاهر السريرية:

تظهر المظاهر السريرية باكراً في السنة الأولى من الحياة.

جلد مصفر ــ رقيق وندبات ضمورية.

شعر متناثر رقيق، هش ومتقصف بسبب انخفاض رابطة الــ داي سلفيد.

التخثر داخل الأوعية يؤدي إلى التشبك ذو اللون الأزرق.

المعالجة:

حمية غذائية بتناول أغذية قليلة من الميثونين. إعطاء "البيرودوكسين والسيستين" قد يعطي نتائج جيدة.

داء هارتنب

Hartnup disease

هو اضطراب في استقلاب "التربتوفين" يؤدي إلى عوز حمض "النيكوتينيك".

التغيرات تبدأ باكراً في الطفولة بسبب التربتوفان الغير ممتص الذي يتحطم في الأمعاء إلى "اندولات" التي تمتص ويستقلب ويفرز في البول بشكل "انديكان".

(50/4)

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية: تشبه البلاجرا وذلك بظهور طفح جاف متقشر واضح الحدود على المناطق المعرضة للشمس.

حساسية ضيائية.

مظاهر عصبية: رنح وتخلف عقلي.

التشخيص:

بالصورة السريرية اندفاع شبه البلاجرا مظاهر عصبية، رنح وتخلف عقلي.

الفحص البول بيدي زيادة في "الانديكان" وحمض الأميني الوحيد الكاربوكسيليز.

المعالجة:

نيكوتيناميد.

علاج المظاهر الجلدية بالمطريات وحالات التقرن بحمض الصفصاف موضعي في أساس مرهم فقط أو بالمشاركة مع الستيروئيدات Locasalene. ( )

واقيات الشمس وتجنب التعرض الشديد لأشعة الشمس.

أمراض خزن الليزوزومات

Lysosomal storage diseases

اضطرابات استقلابية تنجم عن خلل في أنزيمات خاصة تؤدي لتراكم المنتجات الاستقلابية المتوسطة في الجسيمات الليزوزيمية. هذه التناذرات تشمل تناذر "هيرلر" ــ "تناذر شيد ياق هيجاشي" وغيرها.

داء ــ ليتر ــ سيوي

Littere - Swie disease

يظهر هذا الداء باكراً في الطفولة في الشهر الأول من الحياة.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية

المظاهر الجلدية هي حطاطات متقشرة بنية اللون على قاعدة زهمية في الفروة وخلف الأذنين والطيات الأنفية الشفوية ووسط الصدر.

المظاهر الجهازية تشمل: البرفرية ــ داء النوسجات الجهازي ــ والسرطان.

معظم الرضع يموتون في السنة أو السنتين الأولى من الحياة بسبب الانتانات الناجمة عن ذات الرئة خاصة.

المعالجة:

المعالجة ليست شافية دائماً.

الصادات للانتانات الرئوية.

الستيرويدات القشرية.

السيتوزين ونقل الدم يمكن أن تجرب.

داء فابري ــ اندرسون

(الورم التقرني الوعائي الشحمي)

Anderson's Fabry disease

يؤدي إلى تجمع مادة "السيراميد" في Xهو من أمراض الخزن النادرة، وراثي مرتبط بالصبغي الجنسي الأنسجة والأوعية الدموية.

المظاهر السريرية:

لهذا التناذر مظاهر جلدية وجهازية معقدة.

تبدأ المظاهر الجلدية في سن البلوغ بشكل آفات زرقاء غامقة أو سوداء خاصة فوق الظهر، البطن الأرداف ــ السرة والفم.

المظاهر الجهازية تظهر في الطفولة بشكل، ضعف ــ دعث ــ مغص وتشنجات عضلية.

في سن البلوغ تظهر أعراض مبهمة كالحمى بعد التمارين (بعد الجهد) مع نقص تعرق ـــ نوبات عصبية ونفسية وألم شديد في القدمين واليدين.

الاختلاطات الخطيرة وحتى القاتلة في الأعمار الأكبر تنجم عن المضاعفات القلبية أو الكلوية أو الحوادث الوعائية الدماغية.

تناذرات موركيو وهورلر

Morquio & Hurler syndrome

كلاهما وراثي ينجم عن خطأ في استقلاب "عديدات السكاريد المخاطية" ويؤدي إلى سماكة الجلد بسبب ترسب عديدات السكاريد المخاطية في الأنسجة حيث يؤدي ذلك إلى تحديد حركات المفاصل.

المراجع

Elder GH. Recent advances in the identification of enzyme deficiencies in the porphyrias. Br J Dermatol 1983; 108: 34–729

1

Kappas A, Sassa S, Galbraith RA et al. The porphyrias. In: Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS et al., eds. The Metabolic Basis of Inherited Disease 6th edn. New York: McGraw-Hill, 65–1305 :1989

2

Moore MR, McColl KEL, Rimington C et al. Disorders of Porphyrin Metabolism. New York: Plenum Medical, 1987: 15

3

Deybach JC, Grandchamp B ,Grelier M et al. Prenatal exclusion of congenital erythropoietic porphyria) Gunther's disease) in a foetus at risk. Hum Genet 1980; 21–217 :53

4

Nitowsky HM, Sassa S, Nakagawa A et al. Prenatal diagnosis of congenital erythropoietic porphyria. Pediatr Res 1978; 12: 455

5

Moser HW ,Moser AB, Chen WW et al. Ceramidase deficiency. Farber's lipogranulomatosis. In :Scriver CR et al., eds

6

The Metabolic Basis of Inherited Disease 6th edn .New York: McGraw-Hill, 1989:

54−1645
7

(52/4)

Barranger JA, Ginns EI. Glucogyl ceramide lipidoses: Gaucher's disease. In :Scriver CR et al., eds. The Metabolic Basis of Inherited Disease 6th edn. New York: McGraw-Hill, 1989: 98−1677
8
Goldblatt J, Beighton P. Cutaneous manifestations of Gaucher disease. Br J Dermatol 1984; 111: 4−331
9
Brady RO, King FM. In: Hers HG, van Hoof F, eds. Lysosomes and Storage Disease. New York: Academic Press, 1973: 439
10
Forsythe WI, McKeown EF, Neill DW .Three cases of Niemann-Pick disease in children. Arch Dis Child 1959; 9−406 :34
11
Guthrie R, Susi A. A simple phenylalanine method for detecting phenylketonuria in large populations of newborn infants. Pediatrics 1963; 43−338 :32
12
Rosenberg LE, Scriver CR. Disorderes of amino acid metabolism .In: Bondy PK, Rosenberg LE, eds. Metabolic Control and Disease. Philadelphia: WB Saunders, 1980: 709
13
Niederweiser A, Curtius H-CH. In: Bickel H, Wachtel H, eds. Inherited Diseases of Amino Acid Metabolism. New York: Thieme Verlag104 ;1985 ,
14
Levy RI, Rifkind BM. Diagnosis and management of hyperlipo-proteineuria in infants and children. Am J Cardiol 1973; 56−547 :31
15

Goldstein JL, Brown MS. In: Scriver CR et al., eds. Metabolic Basis of Inherited Disease 6th edn. New York: McGraw-Hill, 50–1215 :1989

16

Polano MK. Xanthomatosis and hyperlipoproteinaemia .Dermatologica 1974; 149: 9–1

17

Pucevich MV, Lataur DL, Bale G et al .Self-healing juvenile cutaneous mucinosis. J Am Acad Dermatol 1984; 32–327 :11

18

Bonerandi J, Andrac L, Follana J et al. Self-healing juvenile cutaneous mucinosis. Ann Dermatol Venereol 1980; 107: 7–51

19

(53/4)

Pucevich MV, Latour DL, Bale GF et al. Self-healing juvenile cutaneous mucinosis. J Am Acad Dermatol 1984; 11: 32–327

20

Gebhart W. Heritable metabolic storage diseases. J Cutan Pathol 1985; 12: 57–348

21

Scriver CR ,Mahon B, Levy HL et al. The Hartnup phenotype: mendelian transport disorder ,multifactorial disease. Am J Hum Genet 1987; 40: 401

22

Wells GC. Skin disorders in relation to malabsorption. Br Med J 1962; ii937 :

23

Ljunghall K, Tjernlund U. Dermatitis herpetiformis: effect of gluten-restricted and gluten-free diet on dapsone requirement and on IgA and C 3deposits in uninvolved skin. Acta Derm Venereol 1983; 63: 129

24

Miller S .Nutritional deficiency and the skin. J Am Acad Dermatol 1989; 30–1 :21

الفصل الثالث والأربعون أمراض اضطرابات التقرن

Diseases of abnormal keratinization

هي مجموعة من أمراض جلدية مختلفة تنجم عن شذوذات في التقرن، بعض هذه التناذرات نادرة، في هذا الفصل نورد فكرة مختصرة عن بعض هذه الأمراض.

اضطراب التقرن ينجم عن خلل في استقلاب المادة القرنية بالجلد.

في البشرة الطبيعية، الخلايا المتقرنة تتحرك من الطبقة القاعدية إلى السطح. إن عملية التمايز النهائي والتقرن تمر عبر تغيرات استقلابية معقدة.

عدة تناذرات ترتبط بالتقرن الشاذ وتشمل مايلي:

حرشفة الجلد (السماك أو الإنسمام)

Icihyosis

هو مجموعة من الاضطرابات تتصف باضطراب تقشري (تحرشفي) غير التهابي مستمر في سطح الجلد.

أنواع السماك:

السماك الوراثي

السماك المكتسب

السماك الشائع

نوعان من السماك الشائع معروفان، النمط الجسمي القاهر والنمط المرتبط بالجنس.

1 ـــ السماك الشائع القاهر:

هو اضطراب جلدي جسمي ذاتي قاهر يظهر في الشهور الأولى من الحياة، كل سطح الجلد يبدي تقشر غير طبيعي لكن درجة التحرشف أسوأ على السطوح الباسطة وخاصة الساقين.

الحالة تسوء في الشتاء ومع تقدم العمر.

بعض الحالات من السماك تترافق مع التهاب الجلد التابتي.

الشكل رقم 344: السماك

الشكل رقم 345: السماك (آفات جرابية متقرنة)

الشكل رقم 346: السماك الشائع

الشكل رقم 347 السماك الشائع

المظاهر السريرية :

الشكل الخفيف يبدي خشونة بسيطة وجفاف في الجلد.

المظاهر الجلدية توجد بشكل آفات تقرنية جرابية حيث المسامات مغلقة بالبقايا المتقرنة مظهرة " أشواكاً " جرابية إضافة إلى جلد جاف متقشر في اليدين والظهر.

2 ـــ السماك الشائع المقهور:

"يصيب الذكور.Xهذا الشكل يورث بصفة مقهورة مرتبطة بالصبغي الجنسي"

الشكل رقم 348 : السماك الشائع

المظاهر السريرية:

حراشف كبيرة تغطي العنق والوجه والأذنين والسطوح العاطفة كالإبطين والحفرة المرفقية والمأبضية، الفروة متحرشفة.

التشريح المرضي:

البشرة: فرط تقرن وفرط ضمور.

طبقة حبيبية سميكة.

المعالجة:

المطريات يجب أن تستعمل بانتظام لتخفيف الجفاف والحكة وانقاص ميل الجلد للتشقق.

المستحضرات الحاوية على" اليوريا و 2% "ـــ" سالسيليك اسيد" في سواغ مناسب لتقشر الجلد الشديد.

يجب اتخاذ الحذر عند استخدام السالسيليك أسيد موضعياً عند الأطفال بسبب احتمال الامتصاص السمي.

بعض التقارير أظهرت تحسن جيد بالتقشر باستخدام 12% من "محلول الأمونيوم لاكتيت".

"الرتينوئيدات" قد تعطي تحسنات جيدة، لكن التاثيرات الجانبية تحد من استخدامها عند الرضع والاطفال الصغار وربما يحتفظ به للحالات الشديدة المعتدة عند الأعمار الكبيرة.

مضادات الهيستامين قد يحتاج لها عند وجود الحكة.

الصفيحيLamellarالسماك الـــ

يبدأ المرض عادة عند الولادة ويورث كصفة مقهورة جسمية.

المظاهر السريرية:

)، خالية من الحواف وملتصقة في 1quadrilateral ــ حراشف بنية رمادية كبيرة ذات شكل مضلع (
المركز. الأماكن المصابة في الحالات الخفيفة هي المنطقة المرفقية ــ الأبضية ــ العنق ــ الراحتين
والأخمصين إذ تتظاهر تلك المناطق بفرط تقرن خفيف . الجربيات الشعرية ذات مظهر فوهي الشكل (مثل
الطاسه).

) تظهر الجفون مشتوره للخارج.2Ectropion ــ الشتر الخارجي (

التشريح المرضي:

فرط تقرن

فرط تحبب

لجم شبكية بارزة

ارتشاح حول الأوعية خفيف في أعلى الأدمة وانقسام.

المعالجة:

1 ــ المطريات.

2A. ــ التحسن قد يحدث بفيتامين

الأحمرية السماكية الشكل

(الطفل الشمعي "الكولوديوني")

هو شكل شديد ونادر من السماك يوجد عند الولادة مجهول السبب وذو معدل وفيا ت عالي. يعتقد ان
التوسف الصفيحي في الوليد (الطفل الشمعي) هو شكل من السماك الصفيحي.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية

الطفل قد يولد مصابا بغشاء شبه شمعي ــ خشن ــ غير مرن ــ مميز يغطي جسمه. الغشاء المشدود
يعطي منظراً ووضعاً غريباً للأطراف غير القادرة على الحركة ويسبب شتر في الأجفان.

الغشاء يتشقق ويتقشر إذا عاش الطفل والغشاء ينقلع عادة ليخلف شريحة شاذة سماكية الشكل مميزة أكثر وفي بعض الأحيان قد يوجد جلد طبيعي تحت الغشاء الشمعي .

المظاهر العامة

الطفل المصاب يبدو مريضاً جداً، ومتجفف مع خطر انخفاض الحرارة.

الجنين – المهرج

Harlequine fetus

هو شكل أكثر شدة من الطفل الشمعي يصيب الجلد داخل الرحم ويسبب لوحات تشبه الوشاح قرنية سميكة تغطي كامل الجلد، وتوجد عادة متلاصقة. هذا النوع عادة يؤدي إلى الموت المبكر بعد الولادة.

وهو نوع نادر وقد يكون له مظاهر جهازية أخرى. المرض عادة قاتل خلال الشهر الأول من الحياة.

المظاهر السريرية:

الجلد جاف مفرط التقرن ومتشقق.

الجلد غير المرن الشاذ، يؤدي إلى شتر في الأجفان وأذنان مشوهتان صغيرتان وتشوه كبير في تعابير الوجه.

المعالجة :

بعض التقارير أظهرت نتائج مشجعة باستخدام" الاترتينيات" للطفل المصاب.

الأحمرية السماكية الشكل الفقاعية

(فرط التقرن الانحلالي البشروي)

Bullous icthyosiform erythroderma

هو مرض نادر يورث كصفة قاهرة.

المظاهر السريرية:

يبدأ المرض مباشرة بعد الولادة، ويتصف بحمامي معممة في سن الرضاع الباكر ومناطق مفرطة التقرن، تحرشف وعناقيد فقاعية. هذه العناقيد قد تحدث في أى مكان، لكنها تميل للحدوث في مواقع الرض وكنتيجة قد تحدث فوق الركبين والمرفقين خاصة عندما يبدأ الطفل بالحبو أو المشي.

يغطي الجلد قشور حرشفية سميكة متقرنة وتتواجد عند الولادة وتزول بعد ذلك. المناطق التي تصاب هي

السطوح العاطفة وثنايا الجلد.

الآفات الثولولية الموضعية والشكل الفقاعي يعرف باسم (السماك القنفذي). هذا الشكل يجب أن يفرق عن انحلال البشرة الفقاعي.

)Siemenالفقاعات السماكية الشكل(

هو اضطراب عائلي يوجد عند الولادة ولكنه قد يتأخر ويظهر فيما بعد.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية

أحمرية جلدية معممة مستمرة وحراشف ناعمة على كامل سطح الجلد.

فرط التقرن الوحيد الشكل حول الركبتين والمرفقين والكاحلين والراحتين والأخمصين.

آفات على السطوح العاطفة تتصف بحمامي وتقشر في مناطق بؤرية.

المظاهر العامة

شتر عيني واذنان مشوهتان هما مظاهر في الأشخاص المصابين بشدة أكثر.

الشذوذات العينية، الانتانات المتكررة، تخلف عقلي وجسمي هي مظاهر شائعة.

التشخيص التفريقي:

في سن الرضاعة الباكر قد يشبه المرض القوباء العنقودية، الصداف الخلقي والدخنية الحمراء النخالية.

الأحمرية السماكية الشكل اللا نمطية

)Tay(تناذر

يتصف هذا التناذر باضطراب جلدي أحمر متقشر مع مناطق بؤرية من فرط التقرن ــ تخلف عقلي ــ صمم ــ وتشوهات الأسنان والأظافر.

المعالجة:

لايوجد معالجة نوعية.

الحمامي المعممة للرضع المصابين يجب أن تمرض بحذر.

انخفاض الحرارة والجفاف الشديد يحتاجان لعناية خاصة.

الستيروئيدات القشرية تعطي جهازيا كمنقذ للحياة في الحالات الشديدة.

المطريات في حالات التقرن قد يكون ضرورياً. رتينوئيك أسيد موضعياً قد يفيد في بعض الحالات.

الايترتينات، بجرعة 0.5 ـــ 1 ملغ/كغ/اليوم قد يؤمن تخفيف كبير لبعض المرضى والمعالجة يجب أن تكون مدى الحياة للحفاظ على التحسن.

تناذر طفل

Child syndrome

هو شكل نادر من الاحمرية السماكية الشكل يتصف بـــ:

عسر تصنع نصفي خلقي.

أحمرية سماكية الشكل وحيدة الجانب.

شذوذات في الأطراف.

بعض الحالات تبدي شذوذات في الجهاز العصبي المركزي.

تشوهات حشوية.

التشريح المرضي: يوجد شواك غير منتظم وفرط تقرن بالإضافة إلى ارتشاح خلوي التهابي.

المعالجة:

المطريات وحالات التقرن قد تفيد في الحالات الخفيفة، حمض الصفصاف 2 – 6% في البارافين الطري قد يزيل الكتل الحرشفية القاسية، لكن يجب أخذ الحذر للتاكد بأن الانسمام بالسلاسيلات لم يحدث.

تطبيق المرهم الحاوي على اليوريا يفيد أحياناً.

المستحضرات الموضعية الحاوية على الهيدروكسي أسيد مثل حمض التارتاريك، الفاجلوتاريك والبيروفيك قد تستخدم أيضاً مع بعض النجاح.

كل من الايزوتريتينون والاترتينيات وجد أنها ذات فائدة عظيمة في الحالات الشديدة. ويجب ملاحظة أنه كما في المعالجة بالرتينوئيد للاضطرابات التقرنية الأخرى يجب أن تستمر المعالجة بهذه المركبات مدى الحياة للحفاظ على التأثير العلاجي.

تناذر نيرمان

Nermann Syndrome

" نادر يتصف بالمظاهر التالية:Xهو اضطراب عديد الأجهزة وراثي مرتبط بالصبغي الجنسي"

الجلد غالباً ذو مظهر حلزوني أو خطي، شاذ ومتميز.

أحمرية سماكية الشكل.

ضمورية جلدية جرابية.

ساد ثنائي متناظر.

شعر خشن وحاصة بقعية.

قامة قصيرة وأطراف قصيرة.

تبارز جبهي ومظاهر وجهية مشوهة.

شعاعياً يبدو تنفط تكلسي في الحشاشات.

تناذر سجوجرن

داء جلدي وراثي عصبي آدمي غير شائع، يورث كصفة جسمية مقهورة.

المظاهر السريرية:

(58/4)

يصبح الاضطراب الجلدي ظاهراً بعد الأشهر القليلة الأولى من العمر.

المظاهر الجلدية تتظاهر بآفات مفرطة التقرن، متحرشفة، زهرية اللون.

المظاهر العصبية: مثل فالج شقي تشنجي ــ تخلف عقلي ــ شذوذات في الكلام ــ صرع وبشكل وصفي تنكس لطاخي.

بعض الاطفال المصابون يولدون بشكل ولدان كولوديوني.

الأحمرية المتقرنة

(تناذر غوترون)

هو مرض تقرني، يبدأ من الطفولة ويتصف بلوحات متحرشفة ناعمة متناظرة كبيرة من الحمامي مع هالات برتقالية على الجلد. يصيب الطفح الخدين ــ الحزام الكتفي ــ الكاحلين ــ المعصمين والأرداف.

الانحلال التقرني الحمامي

تناذر الجلد المتقشر الدائم العائلي

تظهر المظاهر بعد الولادة بشكل مناطق متقرنة جافة، تتسلخ بشكل شرائح تاركة جلداً أحمراً متسجحاً.

الجلد جاف ووسخ ينجم عن فرط التقرن.

التقران الشعري

Keratosis piliaris

هو اضطراب شائع يرث كصفة جسمية قاهرة في الأطفال ويصل ذروة حدوثه عند البلوغ. هذا الاضطراب يؤدي إلى سدادات تقرنية في فوهات الأجربة مع درجات متنوعة من الحمامي حول الاجربة.

الشكل رقم 349 ا : التقران الشعري

المظاهر السريرية:

تظهر الآفات بشكل سدادات بيضاء إلى رمادية صغيرة تسد فوهات الأجربة التي تحوي الشعر . الأماكن الأشيع إصابة هي السطوح الباسطة للأطراف العلوية ــ الفخذين ــ والأرداف. بعض الأجربة لاتظهر بها الإصابة بشكل كامل بينما الأجربة المجاورة فإنها تتسد بشدة مظهرةً نتوءً طويلاً من التقرن حيث تظهر مثل الهوائي عند الفحص بالضوء علامة الهوائي (Antenna Sign.)

التقران الجرابي

Follicular keratosis

(الحزاز الشوكي الناتىء)

هو مرض من أمراض اضطراب التقرن يظهر في الطفولة. تبدو الآفات الجلدية بشكل حطاطات جرابية متجمعة مسدودة تقرنية ناتئة. الأماكن الأكثر إصابة هي السطوح الباسطة من الأطراف والفخذين والبطن.

الشكل رقم 349 ب: التقران الجرابي

الشكل رقم 350: التقران الجرابي

عدد من الاضطرابات الجلدية قد تبدي تشابهاً مع الآفات الجلدية خاصة الحزاز المسطح والتهاب الجلد المثنى.

الشكل رقم 351: التقران الجرابي

الشكل رقم 352: التقران الجرابي

Familial dyskeratotic comedonesزوانات عسر التقرن العائلي

يتصف بآفات غزيرة تشبه زوانات حبوب الشباب. يورث المرض بصفة جسمية ذاتية قاهرة. تظهر الآفات حوالي سن البلوغ، وتبدي ميلاً نحو الوجه والجذع والذراعين والساقين.

المعالجة بالريتنوئيد أثبتت عدم فعاليتها.

التقران الشعري الملاطي

Keratosis piliaris Decalvans

هو الشكل الجرابي يبدأ في الوجه في سن الرضاعة.

المظاهر السريرية:

سدادات جرابية واضحة، قد تكون خيطية الشكل، توجد في الرضيع أو تحدث في الطفولة الباكرة على الأنف والخدين وأخيراً على الأطراف والعنق. يسبق التقرن بضمور يسمح بنشوء ضمورية جلدية في الخدين.

الحاصة التندبية اللاعكوسة في الفروة والحاجبين تبدأ خلال الطفولة وحتى سنين المراهقة الباكرة وهذا من الصفات المميزة للمرض. بعض الحالات قد تبدي ترافقاً مع الخوف من الضوء ــ كثافة قرنية العين ــ صمم ــ تشوهات أظافر ــ وتخلف عقلي، وقد يترافق مع دخنيات متعددة.

التقران الشعري الضموري

Keratosis piliaris atrophicans

هو اضطراب تقرني يظهر عند الولادة أو في سن الرضاعة المبكر.

المظاهر السريرية:

تبدأ الآفات الجلدية عادة على الوجه خاصة على الحاجبين بشكل آفات حمامية مع سدادات تقرنية صغيرة تمتد إلى الخدين وبشكل محيطي. الأجربة الشعرية تتخرب مخلفة وراءها مناطق من الحاصة في الحاجبين.

المعالجة:

ستيرويدات موضعية.

عوامل حالة التقرن، استخدم تراكيز خفيفة من حمض الصفصاف 2% في 20% يوريا ــ موضعياً.

كريمات مطريات.

السماك المكتسب

Acquired icthyosis

السماك المكتسب له نفس المظاهر الجلدية التي تكون للأشكال الأخرى لكنه يحدث بسبب أمراض مختلفة.

التناذر قد يترافق مع مظاهر أخرى مثل اللاتعرق ــ سوء الامتصاص ــ الأعراض الكبدية.

تشخيص الآفة الجلدية السماكية الشكل الحاكة في الرضع أو الطفولة الباكرة يجب أن ينفي احتمال داء هودجكن.

الأمراض المختلفة التي تتظاهر بمظاهر سماكية الشكل مع مظاهر أخرى هي:

الذئبة الحمامية الجهازية.

داء هودجكن.

الأمراض الخبيثة.

الإعواز الغذائية.

الارتكاس الدوائي مثل الارتكاس للادوية المستخدمة في تخفيض كولسيترول المصل.

النخالية الشعرية الحمراء

Pityriasis rubra piliaris

هي مرض التهابي مزمن يتصف بحطاطات جرابية تقرنية مقممة تصيب كلا الجنسين وتحدث في كل الأعمار.

الأسباب:

سبب المرض غير معروف، الشذوذ المهم يظهر أنه فرط في نشاط البشرة.

العوامل الوراثية تؤخذ بين الاعتبار حيث إن المرض ينتقل بصفة جسمية قاهرة.

النخالية الشعرية الحمراء الشبابية

النخالية الشعرية الحمراء الشبابية عند الرضع والأطفال الصغار قد يكون لها صورة سريرية مختلفة عن تلك الموجودة عند الأطفال الأكبر والبالغين.

بدء المرض عادة بعمر بين 5 – 10 سنوات.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية

الاندفاع يبدأ عادة في الطفولة الباكرة بشكل لطاخات حمامية قليلة التقشر وحطاطات مترافقة مع سدادات تقرنية جرابية وحول جرابية مركزية.

الشكل رقم 353: النخالة الشعرية

الشكل رقم 354: النخالة الشعرية

الآفة مزمنة تتلؤ أحياناً انتاناً. الشفاء العفوي يحدث عادة خلال سنتين أو قد يترقى لالتهاب توسفي متسلخ

معمم يخلف جلداً ضامراً أحمراً لامعاً وحساساً جداً للمؤثرات البسيطة.

فروة الرأس هي أول مكان يصاب بالمرض حيث يتظاهر باحمرار وتقشر تاركاً حاصة (ثعلبه) ندبيه.

الأماكن الأخرى معرضه للإصابة هي: جوانب العنق ــ خلف الأيدي، الأكف، الأقدام والمناطق الباسطة من الأطراف.

الأظافر: تشقق الأظافر ــ أظافر مخططه ــ قاتمة وقد تصبح خشنه.

الجلد يكون جافاً ويشبه جلد الأوز.

المظهر التشريحي المرضي:

(61/4)

زيادة التقرن.

نظير التقرن وتغلظ الطبقة الشوكية من البشرة.

سدادات كيراتينية على فوهات الأجربة.

تنكس وتحلل الطبقة القاعدية للبشرة.

ارتشاح خلايا الدقلية وخلايا البلازما حول الأوعية الدموية التي تكون متوسعة.

طرق المعالجة:

طرق كثيرة استخدمت للعلاج إلا أن معظمها يكون أحياناً مخيباً للآمال.

ستيرويدات موضعية: منفردة أو مشاركة مع حمض الصفصاص يمكن أن تعطي بعض التحسن.

ايزو تريتونون: يمكن استعمالها للبالغين خاصة للحالات المزمنة.

الستيرويدا ت الجهازية: تستعمل بحذر في الحالات المنتشرة المتسلخة.

ريتونويد: يمكن أن تعطي نتائج طيبة.

فيتامين "أ" بجرعات كبيرة. يجب الحذر من الجرعات الزائدة.

" ستعمل للبالغين فقط.PUVAأشعة "

نحن نفضل أن خط المعالجة هذا يجب أن لايستخدم ولاينصح به في مجموعة الأعمار الصغيرة.

داء دارييه

التقران الجرابي

Darrier's disease

هو اضطراب وراثي من التقرن غير الطبيعي، يتصف باندفاع مستمر من حطاطات تقرنية خاصة على المناطق الزهمية.

المظاهر السريرية:

تظهر الآفات بشكل رئيسي على المناطق الزهمية من الوجه والفروة والجبهة والأذنين والطيات الأنفية الشفوية، وأعلى الصدر والظهر.

داء دراببر يتظاهر بعدة أشكال سريرية:

).1Hypertrophic type ــ النمط الضخامي(

).2Vesiculobullous ــ الشكل الحويصيلي(الفقاعي

(.3Linear type ــ الشكل الخطي(

الآفات الجلدية الأولية: هي حطاطات دهنية ثابتة متقشرة بلون الجلد، مصفرة أو بنية قد تشخص خطأ على أنها عد (حبوب الشباب). أو التهاب جلد دهني. إذا تمت إزالة القشور الملتصقة فإن فتحات مركزية بشكل القمع قد تظهر أحياناً.

الآفات في الفروة: تبدي حطاطات متقشرة كثيراً تشبه الزهم، لكنها ذات ملمس شوكي مميز بالحس.

(62/4)

): تظهر بشكل رئيسي على المنطقة التناسلية الشرجية، الخاصرتان Flexuralآفات السطوح العاطفة (منطقة الألية. تجمع الحطاطات يظهر لويحات ثؤلولية غير منتظمة أو كتل ورمية حليمية في السطوح العاطفة وتصبح ذات تنبتات و لها رائحة كريهة. الآفات في السطوح العاطفة قد تشبه التهاب الجلد الدهني والانتانات الفطرية أو الصداف في السطوح العاطفة.

الراحتين والأخمصين: قد تبدي لطاخات نزفية وتقران نقطي أو تنقط دقيق.

التبدلات في الأظافر: مميزة سواء أظهرت أربطة عمودية حمراء أو أربطة حمراء وبيضاء بشكل حرف على الحافة الحرة للظفر.V

) على الحنك واللسان Cobble Stoneآفات الأغشية المخاطية: حطاطات بيضاء مسررة أو بشكل (ومخاطية الشدق ولسان المزمار وجدار البلعوم تشبه الطلاوة في الفرج ــ المرئي والمستقيم.

الانتانات القيحية والفيروسية: المصاب بداء دارييير يبدو أن لديه زيادة قابلية للانتانات العقبولية البسيطة، وانتانات الجديري، الاندفاع الحماقي، طفح كابوزي وزيادة معدل الانتان القيحي المزمن.

التشريح المرضي:

واغلال شائك فوق غشاء قاعدة البشرة.Rondsيبدي شكل مميز من عسر التقرن مع تجمعات

المعالجة:

بعض المرضى بالإصابات الخفيفة لايحتاجون لمعالجة إلا مطريات بسيطة وينصحون بتعريض المناطق المصابة للشمس.

المرضى بحالات شديدة: استخدام الاترتينات وايزوتريتنون تعطى عادة نتائج وتحسن جيد ومهم.

ايزوتريتنات 1–2 ملغ/كغ/يوم هو دواء آخر يفيد أحياناً.

2 (السنفرة) يمكن أن تفيد في الحالات الشديدة الثؤلولية خاصة في الأنواع الضخامية Coالتقشير بالليزر في الناحية المغبنية

تقرن النهايات ثؤلولي الشكل

Acrokeratosis verruciformis

هو شذوذ في التقرن يورث بصفة جسمية قاهرة لكن قد تحدث حالات فردية. الاندفاع يصيب الجنسين وعادة يوجد عند الولادة أو يظهر في الطفولة الباكرة.

المظاهر السريرية:

حطاطات ثؤلولية بلون الجلد قد تكون مخروطية أو مسطحة، توجد على ظهر اليدين والقدمين والركبتين والمرفقين وعلى الساعدين وقد يوجد في مواقع أخرى بشكل مجموعات صغيرة أو بشكل مفرد.

الراحتين قد تكونان متسمكتان بشدة أو تبدي تقرن قليل وتكسرات نقطية الشكل في علامات الجلد السطحية.

احتكاك الآفات قد يسبب تشكل عناقيد.

الأظافر قد تكون سميكة وعريضة.

التقرن الراحي الأخمصي المنتشر

)Tylosis(

الآفات الجلدية قد تظهر في الأشهر القليلة الأولى من الحياة وعادة واضحة في الأربع شهور الأولى بعد الولادة.

الصورة السريرية:

الآفات الجلدية بقع سميكة جداً، صفراء مفرطة التقرن تصيب كل القدم، تبدأ على الكعب والقوس الأمامية، تنشر مؤخرا إلى الراحتين محدثة تسمك في الأظافر.

فرط التعرق الواضح شائع وعادة يؤهب للانتانات الفطرية.

التقران الراحي الأخمصي المترقي

داء الميليدا

)Mal de meleda(

هو تناذر نادر يسري في بعض العائلات الذين يتزوجون الأقارب.

المظاهر السرية:

المظاهر الجلدية

التقران الجلدي يتصف بالانتشار إلى السطوح الظهرية لليدين والقدمين وفوق الركبتين والمرفقين. هذه الحالة تترافق مع أكزيما غالبا تتقيح انتانية بشكل ثانوي في سن الرضاع الباكر.

التقشر والتسمك يتلو الإحمرار في الراحتين والأخمصين وهو عادة منتشر لكنه أحياناً يظهر على شكل جزر، تمتد إلى السطوح الظهرية بشكل توزع القفازات.

المظاهر العامة

فرط تعرق.

سماكة الأظافر وتقعر أظافر.

التحام الأصابع.

حنك عالية القوس.

استخدام اليد اليسر (يسراوية).

المعالجة:

) لوحدها أو مشاركة مع الستيروئيدات Salicylic acidالمركبات المذيبة للتقرن مثل حامض الصفصاف(

" تحت غطاء من السولوفين قد تعطي نتائج جيدة.Locasalene or Diprosalic ointmentموضعياً "

الشكل رقم 355: داء الميليدا

الشكل رقم 356: داء الميليدا

الشكل رقم 357: داء الميليدا

) مرهم قد يعطي تحسن مؤقت. Flurouracil ointmentالفلوروويوراسيل(

(64/4)

) قد يكون لها بعض القيمة.Retinoidsالريتنوئدات (

Papillon - Lefevre syndromeتناذر

(التقران الراحي الأخمصي)

هو مرض وراثي من أمراض شذوذ التقرن، يصيب الرضع والأطفال الصغار.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية

فرط تعرق قد يسبب رائحة كريهة.

الشعر عادة طبيعي وقد يكون خفيف ومتناثر.

التهابات قيحية متكررة.

داء ماحول الأسنان ينجم عن التهاب اللثة الشديد الذي ربما يؤهب لضياع وفقد الأسنان وبالأخص الأسنان الدائمة.

) خاصة في الوصل بين الخيمة والمشيمية قد يلاحظ في بعض الحالات.Duralتكلس السحايا (

الأثفان

Callosities

يمثل أشكالاً من التقرن الشاذ، وأكثر شيوعاً عند البالغين. قد يكون ذلك مكتسباً أو خلقياً.

قد يظهر المرض باكراً في الأعمار الصغيرة كنمط عائلي أو قد يكون مكتسباً استجابة للمرض المتكرر أو الاحتكاك كما في الأحذية الضيقة. فوق النواتىء في الراحتين والأخمصين.

المواقع الأكثر إصابة هي فوق رأس السلاميات الثالثة، حيث إن الآفة قد تشخص خطأ على أنها ثؤلول جلدي.

" قد تبدي لب متنكس مركزي في وسط التقران الجلدي الكثيف.Cornالثفن "

ويجب هنا تفريقه عن الأوعية المتخثرة السوداء في الثؤلول.

Fig. 357a Callosities

الشكل رقم 357أ: أثفان

المعالجة:

الأثفان الخفيفة تستجيب لتطبيق حمض الصفصاف (20%) وحمض اللبن (20%) في أساس من الكولوديون لعدة أيام، قبل كل تطبيق يمكن إزالة النسج المتموتة بواسطة حلاقتها.

Co. 2الحالات الشديدة يمكن أن تحف بواسطة الليزر

الشواك الأسود

Acanthosis negricans

هو مرض جلدي وراثي عائلي يتصف بفرط تقرن وتصبغ جلدي.

الجلد المصاب مغطى بارتفاعات حليمومية.

المظاهر السريرية:

يوجد عدة أشكال سريريه من الشواك الأسود 0

) تصيب الأطفال وقد يظهر بعد الولادة. 1Benign ـــ الشكل الحميد (

(65/4)

الآفات الجلدية هي بقع متقشرة حمراء، رمادية أو بنية أو سوداء متسمكة ومغطاة بارتفاعات حليمومية صغيرة تعطي الجلد المظهر الناعم للآفات.

المرض يشبه السماك ولا يترافق مع اضطرابات غدية أو أورام داخلية.

يوجد سماكة في الجلد وزيادة في خطوط الجلد، إذ أن السطح يصبح حليمي الشكل أو ثؤلولي.

المناطق المغبنية قد تبدي آفات ثؤلوية قد تصبح معممة وتغطي مساحات كبيرة من سطح الجلد.

الشكل رقم 358ا : الشواك الأسود

(بقع متقشرة سوداء

ارتفاعات حليمومية)

" يحدث عند البالغين والأعمار الأكبر، وهو نادر جداً عند 2Malignant type ـــ الشكل الخبيث"

الاطفال .

الآفات الجلدية تترقى بسرعة مع إصابة الأغشية المخاطية وتفيد كعلامة منذرة.

3Pseudo-acanthosis ــ الشكل الشواك الكاذب ( ) شائع ويظهر بعد البلوغ وقد يترافق مع اعتلال عظمي معضلي ضخامي.

التقران الجلدي الناجم عن أمراض جلدية أخرى

Keratoderma due to other diseases

عدة أمراض جلدية قد يُصاحبها فرط التقران الراحي الأخمصي وتشمل:

1 ــ الصداف: فرط تقرن راحي أخمصي يترافق مع الآفات الصدافية الوضعية مع قشور فضية.

2 ــ داء رايتر: الآفات مضغوطة ومتكومة وتشبه رؤوس الأظافر.

3Pityriasis rubra piliaris ــ النخالية الشعرية الحمراء ( ) تصيب الراحتين والأخمصين مع فرط تقرن أصفر. التقرن يترافق مع اندفاع جرابي حاد عند البالغين وبآفات نموذجية للنخالية على الركبتين والمرفقين في الشكل الشبابي.

4 ــ الأكزيما: أكزيما فرط التقرن قد تكون شديدة ومنتشرة وصعبة التفريق بواسطة كل من الصورة السريرية والمظاهر التشريحية، الحكة الشديدة.

5 ــ الذئبة الحمامية: قد تبدي آفات راحية مسيطرة، قد تكون جافة أو حتى ضخامية او ضمورية. التبدلات الجلدية والمخبرية مشخصة.

(66/4)

---

6 ــ الحزاز المسطح: تبدي الآفات أكثر ثؤلوية وقد تشخص خطأ على أنها ثأليل فيروسية أو التقران النقطي، الحطاطات البنفسجية اللون المضلعة الشكل والمسطحة مع خطوط "ويكمان" تفيد في التشخيص التفريقي، التبدلات التشريحية المرضية مميزة.

7 ــ الثآليل الفيروسية: في المرضى المثبطين مناعياً قد تكون مركزة في الراحتين والأخمصين.

8 ــ التقران الناجم عن الفطور الجلدية.

الانتانات الفطرية السطحية خاصة الفطور الشعرية الحمراء قد تترافق مع فرط تقرن صريح في الراحتين والأخمصين.

9 ــ داء دراپير: حطاطات جرابية متناظرة ــ ثؤلوية ــ قاسية وقذرة تصيب الوجه والجذع والسطوح

العاطفة في الأطراف، تشكل الحطاطات آفات حليمومية أو تنبتية. المظاهر النسجية مشخصة.

10 ــ الأفرنجي: قد يصيب الراحتين والأخمصين مؤدياً إلى فرط تقرن. الآفات مفرطة التقرن للأفرنجي المتأخر قد تكون ثؤلوية بشدة أو موضعية.

" التقران الشديد في الآفات المتأخرة يحرض مشية Crab Yaws " في ما يسمى "11Yaws ــ داء اليوز " غريبة تشبه السلطعون البحري عند المصابين.

12 ــ ابتلاع ارسينيك: يسبب تقرن تؤلولي غير منتظم ــ متعدد.

13 ــ الأدوية: الآفات العابرة للتقران الجلدي نلاحظ تالية لابتلاع الأدوية مثل اليود. وفي هذه الحالات التقران الجلدي يتقشر بشكل شرائح مستمرة خلال أيام أو أسابيع.

خطل تقرن (نظير التقرن)

Parakeratosis of Meibeli

هو المرض من شذوذات التقرن. قد يكون عائلي، يورث بصفة جسمية قاهرة أو مكتسب في سياق بعض الأمراض.

المظاهر السريرية:

قد تكون الآفات مفردة أو متعددة تظهر بشكل لوحات جافة حلقية، محاطة بجدار متقرن ناعم مرتفع أحياناً يبدي أخاديد على السطح. المركز غالباً ضامر لكنه قد يكون مفرط التقرن.

الأماكن الأشيع إصابة هو الأطراف، الوجه، والمناطق التناسلية التي تبدي ميلا للانتشار بشكل متراكز (عديد المركز). الأغشية المخاطية قد تصاب مثل مخاطية الفم والقرينة العينية.

(67/4)

" خطل التقرن، نظير التقرن.Porokeratosisأشكال الــ "

الخطي أو النطاقي الشكل:

الآفات خطية تصيب الأطراف بشكل رئيسي.

المرض قد يوجد مترافق مع نظير التقرن الشعاعي المنتشر.

نظير التقرن: هو شكل شائع جدا يحدث في أواسط العمر عند الأشخاص الذين يتعرضون لفترة طويلة لأشعة الشمس حيث الآفات تظهر بشكل رئيسي على الأماكن المعرضة للشمس بدون تبدلات خبيثة.

المعالجة:

2% ساليسليك أسيد مرهم.

فلورويوراسيل 5% مرهم أيضاً فعال.

المعالجة القروية (بالبرودة).

2 قد يفيد في الآفات الشديدة.Coليزر

الأترتينيات هي خط ثاني للمعالجة لكن التاثيرات الجانبية مثل الحمامي والتخريش قد تحدد من استخدامه أحياناً.

المراجع

Anton-Lambrecht I, Schnyder UW. Ultrastructure of inborn errors of keratinisation. VI. Inherited ichthyoses-a model system for heterogeneities in keratinisation disturbances. Arch Dermatol Forsch 1974; 27–207 :250

1

Mischke D, Wild G. Polymorphic keratins in human epidermis. J Invest Dermatol 1987; 88: 7–191

2

Holbrook KA, Dale BA, Witt DR et al .Arrested epidermal morphogenesis in three newborn infants with a fatal genetic disorder (restrictive dermopathy). J Invest Dermatol 1987; 9–330 :88

3

Fartasch M, Vigneswaran N, Diepgen TL et al. Abnormalities of keratinocyte maturation and differentiation in keratosis palmo-plantaris striata. Immunohistochemical and ultrastructural study before and during etretinate therapy. Am J Dermatopathol 1990; 12: 82–275

4

Marks R, Finlay AY, Holt PJA. Severe disorders of keratinization: effects of treatment with Tigason (etretinate). Br J Dermatol 1981; 104: 73–667

5

Elias PM .Epidermal lipid barrier function and desquamation. J Invest Dermatol 1983; 9–44 :80

6

Davies MG, Reynolds DJ, Marks R et al. The epidermis in Refsum's disease)heredopathia atactica polyneuritiformis). In: Marks RM, Dykes PJ, eds. The Ichthyoses. Lancaster: SP Medical and Scientific Books, 64–51 :1978

7

Williams ML. The ichthyoses - pathogenesis and prenatal diagnosis ;a review of recent advances. Pediatr Dermatol 1983; 1: 24–1

8

Buxman M ,Hickman J, Ragsdale W et al. Therapeutic activity of lactate %12lotion in the treatment of ichthyosis. J Am Acad Dermatol 1986; 15: 8–1253

9

Okano M ,Kitano Y, Yoshikawa K et al. X-linked ichthyosis and ichthyosis vulgaris : comparison of their clinical features based on biochemical analysis. Br J Dermatol 1988; 119: 83–777

10

Traupe H. The Ichthyoses. Berlin ,Heidelberg: Springer-Verlag, 1989:48

11

Hazell M, Marks R. Follicular ichthyosis. Br J Dermatol 1984; 111: 9–101

12

Blanchot-Bardon C, Dumez Y ,Labbe F et al. Prenatal diagnosis of harlequin fetus.Lancet 1983; i132 :

13

Elias S, Mazur M, Sabbagha R et al. Prenatal diagnosis of harlequin ichthyosis. Clin Genet 1980; 17: 80–275

14

Lawlor F, Peiris S. Harlequin fetus successfully treated with etretinate. Br J Dermatol 1985; 90–585 :112

15

Dale BA, Holbrook KA, Fleckman P et al. Heterogeneity in harlequin ichthyosis, an inborn error of epidermal keratinisation: variable morphology and structural protein expression and a defect in lamellar granules .J Invest Dermatol 1990; 94: 18–6

16

Bernard BA, Robinson SM, Vandaele S et al. Abnormal maturation pathway of keratinocytes in psoriatic skin. Br J Dermatol 1985; 112: 53–647

17

Weiss R, Eichner R, Sun T-T. Monoclonal antibody analysis of keratin expression in epidermal diseases - 48and 56kd keratins as molecular markers for hyperproliferative keratinocytes. J Cell Biol 1984; 1406–1397 :98

18

Lui K, Commens C, Choong R et al. Collodion babies with Gaucher disease. Arch Dis Child 1988; 63: 6–854

19

Eady RAJ, Gunner DB ,Doria Lamba Carbonne L et al. Prenatal diagnosis of bullous ichthyosiform erythroderma: detection of tonofilament clumps in foetal epidermal and amniotic cells. J Med Genet 1986; 23: 51–46

20

Peck GL, Yoder FW. Treatment of lamellar ichthyosis and other keratinising dermatoses with an oral synthetic retinoid.Lancet 1976; ii: 4–1172

21

Hazell M, Marks R. Clinical ,histologic, and cell kinetic discriminants between lamellar ichthyosis and non-bullous congenital ichthyosiform erythroderma. Arch Dermatol 1985; 93–489 :121

22

Leys D, Petit H, Bonte-Adnet C et al. Refsum's disease revealed by cardiac disorders. Lancet 1989; i: 621

23

Murdoch ME, Leigh IM .Ichthyosis bullosa of Siemens and bullous ichthyosiform erythroderma - variants of the same Traupe H, Kolde G, Hamm H et al. Ichthyosis bullosa of Siemens: a unique type of epidermolytic hyperkeratosis. J Am Acad Dermatol 1986; .5–1000 :14disease? Clin Exp Dermatol 1990; 15: 6–53

24

Kalter DC, Atherton DJ, Clayton PT. X-linked dominant Conradi-Hپnermann syndrome presenting as congenital erythroderma. J Am Acad Dermatol 1989; 21: 56–248

25

Hebert AA ,Esterly NB, Holbrook KA et al. The CHILD syndrome. Histologic and ultrastructural studies. Arch Dermatol 1987; 123: 9–503

26

Motley RJ, Finlay AY. A patient with Tay's syndrome. Pediatr Dermatol :6 ;1989 5–202

27

Baden HP, Bronstein BR. Ichthyosiform dermatosis and deafness .Report of a case and review of the literature. Arch Dermatol 1988; 6–102 :124

28

Madariaga J, Fromowitz F, Phillips M et al. Squamous cell carcinoma in congenital ichthyosis with deafness and keratitis. Cancer 1986; 9–2026 :57

29

McGrae JD. Keratitis, ichthyosis, and deafness (KID) syndrome .Int J Dermatol 1990; 29: 93–89

30

Nazzaro V, Blanchet-Bardon C, Lorette G et al. Familial occurrence of KID (keratitis, ichthyosis, deafness) syndrome .Case reports of a mother and daughter.

J Am Acad Dermatol 1990; 8−385 :23

31

Epstein EH, Leventhal ME. Steroid sulfatase of human leukocytes and epidermis and the diagnosis of recessive X-linked ichthyosis. J Clin Invest62−1257 :67 ;1981

32

Font J, Ingelmo M, Herero C et al. Acquired ichthyosis in a patient with systemic lupus erythematosus. Arch Dermatol 829 :126 ;1990

33

Gelmetti C, Schiuma AA, Cerri D et al. Pityriasis rubra pilaris in childhood - a long term study of 29cases. Pediatr Dermatol 1986; 51−446 :3

34

Griffiths WAD. Juvenile pityriasis rubra pilaris (type III). In :Wilkinson DS, Mascaro JM, Orfanos CE, eds. Clinical Dermatology Berlin CMD Case Collection. Stuttgart: Schattauer, 1987: 2−131

35

Griffiths WA. Pityriasis rubra pilaris. Clin Exp Dermatol 1980; 5: 12−105. Gross DA, Lindan JW, Newcomer VD. Pityriasis rubra pilaris: report of a case and analysis of the literature .Arch Dermatol 1969; 99: 16−710

36

Hunter I, Skerrow D. The effect of increased tissue turnover on the keratinization of human epidermis. Biochim Biophys Acta 1981; 9−155 :674

37

Dicken CH. Isotretinoin treatment of pityriasis rubra pilaris. J Am Acad Dermatol 1987; 16: 301−297

38

Ralfs IG, Dawber RPR, Ryan TJ et al .Pityriasis rubra pilaris: epidermal cell kinetics. Br J Dermatol 1981; 52−249 :104

39
Soeprono FF. Histologic criteria for the diagnosis of pityriasis rubra pilaris. Am J Dermatopathol 1986; 8: 83–277
40
Guilleminault C ,Harpey JP, Lafourcade J. Sj"gren-Larsson syndrome. Report of two cases in twins .Neurology 1973; 23: 73–367
41
Jagell S, Gustavson KH, Holmgren G .Sj"gren-Larsson syndrome in Sweden. A clinical, genetic and epidemiological study. Clin Genet 1981; 19: 56–233
42
Rizzo WB, Dammann AL, Craft DA .Sj"gren-Larsson syndrome. Impaired fatty alcohol oxidation in cultured fibroblasts due to deficient fatty alcohol nicotinamide adenine dinucleotide oxidoreductase activity. J Clin Invest 1988; 81: 44–738
43
Stefanini M ,Lagomarsini P, Arlett CF et al. Xeroderma pigmentosum (complementation group D (mutation is present in patients affected by trichothiodystrophy with photosensitivity. Hum Genet 1986; 74: 12–107
44
London RD, Lebwohl M .Acquired ichthyosis and hyperparathy-roidism. J Am Acad Dermatol 1989; 21(2 801 :(4
45

الفصل الرابع والأربعون اضطرابات السبل الشحمي تحت الجلد
Panniculitis

التهاب السبل بالبرودة هو شكل مميز. السبل الشحمي يتأثر مباشرة بالتعرض للبرد والرضع أكثر ميلاً للإصابة به من البالغين.

المسببات:

يبدو شحم الوليد أكثر تشبعاً من الأطفال الكبار والبالغين، وبذلك يتصلب في درجات الحرارة العالية.

التهاب السبل الشحمي بالبرودة عند الرضع غالباً يتلو تعرض الخدين للطقس البارد جداً.

المظاهر السريرية:

الأماكن الأكثر إصابة هي الخدين عند الرضع، ومن الممكن حدوثها في أى مكان من الجسم عند الأطفال الأكبر والبالغين.

تظهر الآفات بشكل لويحات حمراء دافئة ومدورة، وعقيدات تتظاهر خلال ساعات أو أيام بعد التعرض للبرودة.

يزول التدور (التورم) خلال فترة أسبوع أو أكثر وغالباً يخلف بعض بقايا فرط التصبغ التالي للالتهاب.

الحالة غالباً لاتحتاج لمعالجة وينصح بعدم تعرض الطفل الزائد للبرد.

مخاطر البرد على الوليد

اضطرابات ناجمة عن تعرض الوليد للبرودة.

المظاهر السريرية: هي انخفاض الحرارة المترافق مع النعاس ووذمة انطباعية معممة في الجلد تشبه الصلابة الجلدية عند الوليد.

المسببات :

ــ التعرض للبرد.

ــ نقص النمو داخل الرحم المؤدي إلى السبل الشحمي الرقيق نسبياً.

الأربطة المشدودة أو الأحزمة الضاغطة على الطفل قد تحدد من فعالية وحركة العضلات.

الولادة المبكرة وعدم إكتمال نمو الطفل داخل الرحم.

الولادة المنزلية والسلوك التقليدي باستحمام الوليد مباشرة بعد الولادة في ماء بارد.

المظاهر السريرية:

المظاهر العامة

الطفل عادة يكون وليداً أكمل فترة الحمل، مولوداً في المنزل، لكنه صغير بالنسبة لسن الحمل وفي معظم الحالات، الأعراض تظهر خلال الأيام الأربع الأولى من الحياة وعادة خلال الــ 24 ساعة الأولى، وهو ذو معدل وفيات عالي جداً.

الرضيع قد يبدي عدة مظاهر عامة مثل: صعوبة الحركة ــ نعاس ــ ضعف رضاعة ــ إقياءات ــ شح بول ــ نزف معدي مع إقياء دم مهضوم أو براز زفتي.

المظاهر الجلدية:

المظاهر الأكثر تأكيداً هي حمامي شديدة، زرقة أو بقع نمشية في الوجه والأطراف. الوذمة الإنطباعية القاسية تبدأ في الأطراف وتنتشر نحو المركز، حيث تصبح مؤخراً مترقية وأكثر تورماً.

يكون الجلد بارداً، والطفل عادة منخفض الحرارة.

طرق التشخيص:

) الحالة العامة للطفل تكون سليمة قبل بداية التورم Sclerema neonatarumالوذمة التصلبية عند الوليد(الجلدي والأعراض الأخرى قد تفيد في التشخيص التفريقي.

ــ القصة توحي بالتعرض للبرد.

ــ انخفاض الحرارة الشرجية.

التنخر الشحمي تحت الجلد عند الوليد

Subcutaneous fat necrosis of the new born

هو اضطراب عابر وغير شائع عند الوليد حيث يؤدي التنخر الموضع في الشحم إلى آفات جلدية عقيدية.

التنخر العقدي في النسيج الشحمي قد يترافق أحياناً مع فرط كلس الدم.

التنخر الشحمي تحت الجلد يحدث بشكل عام عند الولدان بتمام الحمل أو الأطفال الذين زادت مدة حملهم أو ذوي الوزن الولادي الطبيعي، خلال الأسابيع الستة الأولى من الحياة.

الأسباب:

عدة عوامل مؤهبة تلعب دوراً مهماً في أسباب التنخر الشحمي تحت الجلد عند الوليد وتشمل مايلي:

) عند الأم.Pre-eclampsia_ ما قبل الارجاج(

ــ الداء السكري عند الأم.

ــ الرضوض الولادية.

ــ اختناق الوليد.

ـ نقص الحرارة عند الوليد.

ـ الجراحة القلبية.

ـ عوز مثبطة البروتياز.

ـ شذوذ الشحم البني.

ـ فرط كلس الدم.

ـ فرط تصنع جارات الدرق.

نقص صفيحات الدم في بعض الحالات.

المظاهر السريرية:

الولدان المصابون بالتنخر الشحمي تحت الجلد هم عادة في تمام الحمل أو ذوي الحمل المديد ووزن الولادة طبيعي في معظم الحالات إذ لا تتأثر صحة الطفل العامة.

خلال عدة شهور تظهر العقيدات الجلدية.

الآفات الجلدية قد تكون مفردة أو متعددة، مدورة أو بيضوية الشكل وبحجم حبة الفاصوليا أو عدة سنتمترات حسب القطر، وذات توزع متناظر، تكون متناثرة في البداية لكنها قد تلتحم لتشكل لويحات كبيرة.

الجلد المغطي يكون غالباً أحمراً أو أحمراً مزرقاً.

زيادة السماكة العقيدية في النسيج الشحمي تحت الجلد هي ما تظهر أولاً.

بين اليوم الثاني والـــ 21 من الحياة، العقيدات تميل للظهور وتبدي ميلاً نحو الأرداف، الفخذين، الكتفين، الظهر والخدين والذراعين. يكون ملمس العقد مطاطياً أو قاسياً وغير ملتصقة على العمق، قد تستمر العقيدات الجديدة بالحدوث لمدة أسبوع أو أكثر.

عندما يكون اندخال الكلس كبيراً فإن الآفات قد تستغرق وقتاً أطول لتزول عادة ولايبقى للعقيدات أي أثر، لكن قد يوجد ضمور بسيط.

نادراً قد تتقرح العقيدات وتفرز محتوياتها الشحمية وتخلف ندباً.

الحالة قد تكون أحياناً قاتلة، خاصة عندما يصاب شحم الأحشاء.

طرق التشخيص:

الطفل الذي يولد بواسطة الملقط قد يحدث لديه عقيدات تحت الجلد في مواقع تطبيق الملقط، وبشكل مفترض كنتيجة لتنخر الشحم الرضي.

في كل الرضع المصابين بالتنخر الشحمي تحت الجلد يجب قياس الكلس في المصل لديهم.

إذا وجد فرط كلس الدم، فهو سبب يستدعي استقصاءات شاملة لنفي اضطرابات الغدة الفوق الدرقية والتسمم بالفيتامين "د".

المعالجة:

الحالة قد لاتحتاج إلى العلاج.

فرط كلس الدم يحتاج إلى المعالجة بواسطة:

إعطاء الفيروسمياد.

.Dتحديد الكلس الغذائي والفيتامين

ستيرويئدات قشرية فمويا قد يحتاج لها في بعض الحالات.

المراجع

Bower RD, Jones LF, Weeks MM. Cold injury in the newborn :a study of 70cases. Br Med J 1960; i: 9–303
1
Blake HA, Goyette EM, Lyter CS et al. Subcutaneous fat necrosis complicating hypothermia. J Pediatr 80–78 :46 ;1955
2
Barltrop D. Hypercalcaemia associated with neonatal subcutaneous fat necrosis. Arch Dis Child 1963; 38: 18–516
3
Balazs M .Subcutaneous fat necrosis of the newborn with emphasis on ultrastructural studies. Int J Dermatol 1987; 26: 230–227
4

Chen TH, Shewmake SW, Hansen DD et al. Subcutaneous fat necrosis of the newborn: a case report. Arch Dermatol 1981; 117: 7–36

5

Fernandez-Lopez E ,Garcia-Dorado J, De Unamundo P et al. Subcutaneous fat necrosis of the newborn and idiopathic hypercalcemia. Dermatologica 1990;180: 4–250

6

Fretzin DF ,Arias AM. Sclerema neonatorum and subcutaneous fat necrosis of the newborn .Pediatr Dermatol 1987; 4: 22–112

7

Katz DA, Huerter C, Bogard P et al .Subcutaneous fat necrosis of the newborn. Arch Dermatol 1984; 18–1517 :120

8

Michael AF, Hong R, West CD. Hypercalcaemia in infancy associated with subcutaneous fat necrosis and calcification. Am J Dis Child44–235 :104 ;1962

9

Mogilner BM, Alkalay A, Nissim F et al. Subcutaneous fat necrosis of the newborn. Clin Pediatr 1981; 20: 50–748

10

Mann TP ,Elliott RIK. Neonatal cold injury due to accidental exposure to the cold. Lancet ;1957 i: 34–229

11

Ostwalt GC, Montes LF, Cassady G. Subcutaneous fat necrosis of the newborn. J Cutan Pathol 1978; 5: 9–193

12

Shackelford GD ,Barton LL, McAlister WH. Calcified subcutaneous fat necrosis in infancy. J Can Assoc Radiol 1975; 26: 7–203

13

Silverman AK, Michels EH, Rasmussen JE .Subcutaneous fat necrosis in an infant occurring after hypothermic cardiac surgery. J Am Acad Dermatol 1986;15: 6–331

15

الفصل الخامس والأربعون أمراض الأغشية المخاطية

Diseases of the mucous membranes

هي أمراض صعبة التشخيص عادة أكثر من الأمراض الجلدية الأخرى و ذلك نتيجة تغيير في الآفات الأولية سواء بسبب رطوبة الفم المستمرة أو عناصر أخرى مختلفة التي تصل إلى الفم من الخارج سواء عبر الطعام أومن منظفات الأسنان أو غيرها.

يجب التفريق بين البقع التي على الأغشية المخاطية للفم وبقع الحليب عند الرضع الناجمة عن تراكم الحليب في الجوانب الداخلية لمخاطية الشدق.

الحويصلات والفقاعات تترك تقرحات رمادية بعد التقرح وتكون كثيرة على سطح الجلد حيث تصبح صعبة التفريق والتمييز على الأغشية المخاطية للفم.

الآفات الفموية عادة تكون مبيضة، متعطنة وطرية.

هناك عدة عوامل فيزيولوجية أو مرضية قد تؤثر على مخاطية الشدق واللسان.

بعض أمراض الأغشية المخاطية التي تترافق مع أمراض الجلد قد تم التعرض لها في فصول سابقة.

1 ــ الأمراض الجلدية المترافقة مع مظاهر في الأغشية المخاطية :

الفقاع الشائع.

الخراز المسطح.

الذئبة الحمامية.

داء المبيضات المخاطي.

أمراض فيروسية مثل بقع كوبليك في الحصبة والعقبول البسيط.

الافرنجي (السفلس).

أمراض الشفاه

Diseases of the lips

التهاب الشفتينCheilitis

عدة عوامل قد تسبب التهابات أرجية أو جرثومية.

الشفة السفلي هي الأشيع إصابة.

الآفة قد تكون مو ضعية في الشفة أو قد تمتد إلى الجزء الجلدي المخاطي المجاور وحتى إلى جلد الوجه.

أسباب التهاب الشفاه:

1 ــ التهابات:

داء المبيضات هو الانتان الأشيع الذي يصيب الولدان والرضع والأطفال الصغار. قد يكون الانتان شديداً يتدخل في الرضاعة وقد يكون منتشراً يؤثر على كل الأغشية المخاطية للقناة المعدية المعوية.

الشكل رقم 359: التهاب الشفتين المزمن

الشكل رقم 360: التهاب الشفتين المزمن

الشكل رقم 361: حساسيه تماس بالشفاه

2 ــ التهاب الشفتين التحسسي:

فرط حساسية موضعية بسبب حبوب المص التي تستعمل أحياناً لالتهابات الحلق.

(77/4)

منظفات الفم خاصة معاجين الأسنان التي تحتوي على مادة الفلورين.

التهاب جلد تماسي من بعض الأطعمة مثل الليمون ــ البرتقال ــ الطماطم والعصائر والإضافات للطعام.

في مجموعات الأعمار الأكبر يكون السبب مواد التجميل مثل حمرة الشفاه.

الشكل رقم 362ا: التهاب شفتين أرجي

الشكل رقم 362 ب : حساسية ضيائية

الشكل رقم 363 ا: التهاب الشفتين شعاعي وطلاوة

3 ــ الحساسية الضيائية:

الحساسية الضيائية تسبب التهاب شفتين. الشفاه قد تصبح متقشرة ومتشققة ومتورمة وقد تؤدي إلى طلاوة وهي طليعة سرطانية.

4 ــ التهاب الشفتين الحبيبي:

فتحات الأقنية المخاطية تصبح بثرية تسبب سيلان اللعاب والمخاط خاصة أثناء النوم وعندما تجف تسبب

التهاب في الشفتين.

الغدد المخاطية قد تتضخم وتلك الحالة قد تؤدي التحول إلى سرطانية.

الشكل رقم 363 ب التهاب الشفتين الجرثومي

5 ــ التهاب زوايا الشفتين: تشقق في الشفتين إذ تصبح مؤلمة ونازفة، تسوس الأسنان قد تعتبر عامل مؤهب مهم.

6 ــ التهاب الشفتين المترافق مع أمراض وتناذرات أخرى: الطلاوة تصيب الشفة السفلي عادة.

الشكل رقم 363 ج: مضاعفات الأدوية

الشكل رقم 363 د لسان شعري

الشكل رقم 363 ه لسان

Fig.381. Scrotal tongue

الحزاز المسطح.

الصداف.

الذئبة الحمامية.

المنغولية (تناذر داون).

عوز الفيتامينات خاصة الريبوفلافين.

الارتكاس الدوائى، الفينوفثالين يسبب فرط تصبغ أزرق صريح في الشفتين، والأدوية الأخرى مثل السلفا قد تسبب اندفاع دوائي ثابت.

التهاب الفم واللسان

عدة عوامل قد تؤدي إلى التهاب اللسان والتهاب الفم تشمل:

ــ سوء التغذية.

ــ سوء العناية الصحية بالفم.

ــ عوز الفيتامينات وبشكل رئيسي الفيتامين" C و B."المركب

المظاهر السريرية:

القرحات مثقبة ومغطاه بغشاء كاذب أبيض وسخ، تغطي الأغشية المخاطية: اللسان، الشفتين ومخاطية الشدق، اللوزتين والبلعوم وقد تصيب كامل الغشاء المخاطي للطرق التنفسية.

التهاب الفم واللثة العقبولي:

مجموعات الأعمار الصغيرة والأطفال تصاب بشكل شائع بفيروس العقبول ويؤدي ذلك إلى آفات عقبولية في الفم واللسان، والشفتين. القرحات مؤلمة وقد تتدخل في الرضاعة وتزيد اللعاب.

التهام الفم المواتي:

يحدث في الأطفال المصابين بتغذية سيئة. نقص المقاومة ونقص العناية الصحية بالأسنان.

تتظاهر الآفات بشكل تقرحات مخاطية في الفم والأعضاء التناسلية وتصبح سريعاً مواتية.

الحالة قد تمتد إلى النسيج المجاورة وقد تصيب بشدة العظام وقد تكون قاتلة.

المعالجة:

العناية الصحية المناسبة بالفم وإصلاح العوامل المؤهبة.

مطهرات فموية خفيفة.

معلق البتتراسكلين فموياً، يحتفظ به لعدة دقائق في الفم ليقوم بتأثير موضعي.

يجب الانتباه في معالجة الولدان والأطفال الصغار بالتتراسكلين. معلق مضاد حيوي آخر مثل "الاريثروسين" أو "زيثروماكس" قد يكون بديلاً في مجموعات الأعمار الصغيرة.

مضادات حيوية جهازياً.

التهاب الفم القلاعي الناكس

Reccurent aphthous stomatitis

الآفات هي، تقرحات سطحية صغيرة، مؤلمة ومتكررة ومحاطة بمنطقة حمامية تصيب مخاطية الشدق، قد تتدخل في الرضاعة والكلام، ويعتقد أن الانتان بالمكورات العقدية قد يكون السبب في التهاب الفم القلاعي الناكس.

تظهر الآفات أيضا على المناطق التناسلية ويحب أن يفرق ذلك عن أمراض أخرى في هذه المنطقة مثل الفيروسية، الفطرية وداء بهجت.

نكس الآفات قد يتحرض بـــ :

مقاومة الجسم الضعيفة.

الاضطرابات النفسية والعاطفية.

الرض: وذلك من فرشاة الأسنان القاسية الخشنة والأدوات الأخرى التي تستعمل لتنظيف الفم والأسنان.

تغيرات هرمونية .

الحساسية تجاه أنواع معينة من الطعام والإضافات مثل التترازين، ارتكاس دوائي.

الانتانات مثل العقبول قد يؤهب للنكس.

التشخيص التفريقي:

ليس من السهل عادة أن نفرق مثل هذه الحالات عن الأمراض الأخرى التي تصيب مخاطية الشدق:

داء المبيضات.

أنتانات العقبول البسيط.

(79/4)

خناق "فانسان".

البقع المخاطية لمرض الإفرنجي.

عوز الفيتامينات خاصة الاسقربوط والبلاغرا.

داء بهجت.

الفقاع.

الحراز المسطح.

المعالجة:

الوسائل العامة :

علاج العوامل المؤهبة

العناية الصحية العامة بالفم والأسنان

تجنب المطهرات الفموية القوية

تجنب غسولات الفم الحاوية على مواد محسسة مثل الفلورين

تجنب التماس مع بعض الأطعمة مثل الحوامض، التوابل والطعام المخرش

المعالجة الموضعية:

أدوية غير نوعية:

مواد تطبق موضعياً مختلفة إذ قد تؤدي إلى نتائج متنوعة.

معلق تتراسكلين: خاصة إذا ترك في الفم عدة دقائق قبل بلعها، وقد يعطي نتائج جيدة في بعض الحالات.

الزيلوكائين اللزج 2% (ليدوكائين): قد يستخدم خاصة في الحالات المؤلمة قبل الرضاعة بعدة دقائق عند الرضع والأطفال.

Kenalog Orabase. (ستيروويدات موضعيه)

البريدنيزولون مستحلب قد تفيد اذا لم يكن السبب من الانتانات الفيروسية والجرثومية.

آفات الجانب الباطني من الشفة يمكن أن تمس بلطف بمسحة مرطبة بحمض الصفصاف 3% وحمض اللبن 4% يحضر في كولوديون رخو.

العقبول البسيط الناكس في الفم

Reccurent herpes of the mouth

الآفات العقبولية المتكررة في الفم هي مشكلة حقيقية خاصة عند الأعمار الصغيرة. فيروس العقبول البسيط يسبب هذه الآفات.

الشكل رقم 364: العقبول الشفوي

المظاهر السريرية:

تظهر الآفات بشكل حويصلات صغيرة محاطة بمنطقة حمامية تتمزق أخيراً مخلفة قرحات سطحية ذات قاعدة حمراء.

التشخيص:

الصورة السريرية: التي تشمل حويصلات أو قرحات متجمعة مؤلمة على قاعدة حمامية.

اختبار لطاخة تزانك: كشاطات من قاعدة القرحات تلون بملون "رايت" تبدي خلايا عرطلة متعددة النوى.

اختبار الومضان المناعي مشخص.

الخناق الحلائي

Herpangia

هو مرض فيروسي يحدث بفيروسات كوكساكي، يصيب بشكل رئيسي الأطفال خاصة في فصل الصيف.

طرق العدوى:

يعتقد أنه سلالات معينة من الذباب قد ينقل هذا المرض.

الانتان المباشر من الأشخاص المصابين.

المظاهر السريرية:

المظاهر العامة:

حمى قد تكون عالية، صداع، ألم بلعومي، نقص شهية وعسرة بلع.

المظاهر الجلدية:

آفات الجلد قد تظهر بعدة أشكال هي بشكل رئيسي:

ارتكاس طفحي حمامي

آفات شروية

لطاخات حاكة

مظاهر الأغشية المخاطية:

حطاطات وحويصلات وقرحات دقيقة محاطة بهالة حمامية تظهر على الغشاء المخاطي وتظهر بشكل وصفي على البلعوم، اللوزات والحلق. الآفات تظهر عادة بشكل مجموعات صغيرة قد تتجمع وتتقرح. القرحات سطحية ذات لون رمادي مصغر ومنقطة.

داء بهجت

Behcet's disease

تناذر القلاع العيني التناسلي

يتصف تناذر بهجت بـــ:

تقرحات ناكسة في الفم.

تقرحات تناسلية.

مظاهر عينية مثل التهاب القزحية والجسم الهدبي.

مظاهر جلدية.

المظاهر السريرية:

المظاهر الجلدية

حمامي عقدية.

حمامي عديدة الأشكال.

اندفاع عدي الشكل (مثل حبوب الشباب).

خراجات تحت اللسان ــ آفات بثرية حطاطية ــ تقيح جلدي.

المظاهر العامة:

التهاب وريد خثري.

التهاب مفاصل: عديد المفاصل.

تناذر مخيخي يشبه التصلب العديد.

المظاهر بالأغشية المخاطية:

آفات الأغشية المخاطية مفردة أو متعددة مع قاعدة رمادية متسخة محاطة بهالة حمراء، مخاطية الشدق والحنك والشفتين واللسان قد تصاب.

التقرحات قد تترك ندباً.

القرحات مؤلمة وتسبب ألماً شديداً قد تتدخل بالطعام والكلام وتؤدي لرائحة فم كريهة.

المظاهر التناسلية:

تقرح في الصفن ــ القضيب والإحليل.

تقرح في الأشفار والمهبل وعنق الرحم.

تقرح في منطقة الشرج والمناطق المغبنية والعجان.

القرحات مؤلمة بشدة.

شفاء القرحات قد يؤدي لتندب وتشوه في الشكل.

المظاهر العينية

ألم حول الحجاج شديد وخوف من الضياء.

التهاب ملتحمة وتقيح الغرفة الأمامية للعين، التهاب القزحية و التهاب الجسم الهدبي.

قد يكون العمى هو المرحلة الأخيرة، إذ ينجم ذلك عن ضمور العصب البصري.

داء رايتر

Reiter's disease

(81/4)

يحدث التناذر بشكل رئيسي عند الذكور الشباب وقد يصيب الأطفال.

المظاهر السريرية:

هذا التناذر يتصف بثلاثي المظاهر:

1 ــ العين: التهاب الملتحمة ــ التهاب القزحية ــ التهاب القرنية.

2 ــ التهاب الإحليل: غير جرثومي، مؤلم مع تبول دموي وبيلة قيحية، التهاب المثانة، التهاب البروستات والتهاب الحويصل المنوي شائعة.

3 ــ التهاب المفاصل: مفاصل متورمة ومؤلمة.

المظاهر العامة: حمى ــ ضعف ــ نقص وزن.

المظاهر الجلدية: حويصلات وقرحات صغيرة متعددة مصفرة على الراحتين والأخمصين. آفات الراحتين والاحمصين تصبح مفرطة التقرن ومتسمكة ومتقشرة تشبه فرط التقرن السيلاني.

مظاهر الأغشية المخاطية: آفات الأغشية المخاطية هي قرحة سطحية في الناحية التناسلية والأغشية المخاطية للبلعوم والحنك القاسي.

المظاهر القلبية: نادرة وهى التهاب الشفاف ــ التهاب العضلة القلبية وقصور الأبهر هي مظاهر غير شائعة.

جفاف الفم

Mouth dryness

قد ينجم عن عدة عوامل موضعية أو جهازية:

الأسباب:

الأدوية: حالات نظير الودي أو مقلدات الودي هي السبب الأكثر شيوعاً لجفاف الفم. "الاتروبين، البلادونا، البانثين، ديمين هيدرينات (درامامين)، مضادات الاكتئاب، الفينوثيازينات ومضادات الهسيتامين "وغيرها قد تُسبب جفاف الفم.

الداء السكري

تناذر ميكولكز

تناذر جوجرن

"Xerostomiaجفاف الفم "

عوامل نفسية

الساركوييد

الجفاف الشديد

تصبغ الفم

Oral pigmentation

الأسباب:

العِرْق: خاصة في ذوي البشرة الداكنة إذ أن هذا هو السبب الأكثر شيوعا لاصطباغ الفم.

داء أديسون

الأورام الصباغية (ميلانوما)

تناذر لوجير ــ هانزكر

السلس الصباغي

تناذر بوتز ــ جيكرز: هو مرافق للأورام الصباغية ماحول الفم أو داخل الفم مع اختلاطات معوية صغيرة.

التدخين قد يسبب فرط تصبغ فموي رمادي ــ بني.

أملاح الذهب تسبب تلون اللثة باللون الأرجواني.

الحزاز المسطح قد يسبب بقع فموية بيضاء.

(82/4)

الأدوية: مضادات الملاريا مثل الكلوروكيوين ــ الكيناكرين وهيدروكس كلوروكين قد يسبب فرط تصبغ في الأغشية المخاطية.

الميباكرين: يسبب تلون أصفر في مخاطية الشدق، اموديا كين أو كينيدين تسبب تصبغ أسود.

قد يسبب تصبغ بني.ACTHحقن بـــ

البيوسلفان: يسبب خط أزرق على اللثة.

الأدوية السامة للخلايا.

الشكل رقم 365: فرط تصبغ فموي

فينوثيازينان.

مضادات الاختلاج.

الكلوروبرومازين: قد يسبب تصبغ أحمر أو بني مصفر في الجلد والأغشية المخاطية.

المينوسكلين: قد يؤدي إلى تصبغ للثة رمادي مزرق.

المعادن الثقيلة.

تناذر بوتس ــ جيكرز

Peutz - Jegher's syndrome

يتصف هذا التناذر بتصبغ ومرجلات معوية.

اللطاخات المصطبغة قد توجد عند الولادة وعادة تظهر في الرضع والطفولة الباكرة، لكنها قد تحدث متأخرة. الغشاء المخاطي الفموي غالباً يصاب بشكل دائم.

التصبغ الفموي عادة مسيطر ودائم لكن اللطاخات على الشفتين والجلد قد تزول بعد البلوغ.

نادراً ما تصطبغ الأظافر بشكل شرائط عمودية أو منتشرة.

المظاهر السريرية:

المظاهر في الأغشية المخاطية

بقع غير منتظمة دائرية أو بيضوية مصطبغة باللون البني وغالبا بالأسود، بقطر 1 – 5 ملم تتوزع بشكل غير منتظم فوق مخاطية الشدق، اللثة والشفتين خاصة السفلي. التصبغ الوجهي والمخاطي بدون دليل واضح تظهر على المرجلات المعوية والتي قد توجد في الأقارب.

المرجلات المعوية قد تسبب نوبات متكررة من الألم البطني الماغص، الإقياء والإنفلات المعوي.

خباثات ونزف مستقيمي.

المظاهر الجلدية

اللطاخات المصطبغة على الوجه تكون صغيرة غالبا أقل من 1 ملم واكثر سواداً وتتركز حول الأنف والفم.

قد توجد لطاخات كبيرة على اليدين والقدمين والراحتين والأخمصين.

المظاهر الجهازية

ألم بطني يحدث عادة يسبب إنسداد الأمعاء.

نزف مستقيمي شائع والأقياء الدموية قد يحدث مع البوليبات (المرجلات) المعدية وفي الاثني عشر (العفجية).

فقر دم.

التشخيص التفريقي:

داء أديسون

النمش الجلدي

تناذر جاردنر

البقع البيضاء في مخاطية الشدق

عدة عوامل قد تسبب بقع بيضاء في مخاطية الشدق:

الأسباب:

انتانات في مخاطية الشدق مثل الآفات العقبولية قد تسبب بقع بيضاء محاطة بمنطقة حمامية.

السلاق يؤدي الى بقع بيضاء فموية.

البقع المخاطية الافرنجية: بقع بيضاء رمادية مؤلمة، مرتفعة ومحاطة بمنطقة حمامية.

آفات الشدق تحدث أكثر ما تحدث على الشفة السفلي من الداخل، واللسان وأجزاء أخرى من الفم، البقع المخاطية تكون معدية بشدة والاختبارات المصلية للافرنجي إيجابية.

الحزاز المسطح

الفقاع: الفقاع المخاطي.

الطلاوة المشعرة: هي آفة بيضاء تظهر على اللسان مع غشاء كاذب أبيض مقشور على قاعدة حمامية.

الزرع يبين العوامل الممرضة المسببة.

الطلاوة: آفات حزازية الشكل تترافق مع عدة أدوية، أمراض كبدية وداء رفض الأنسجة.

الوحمة الاسفنجية البيضاء: بقع إسفنجية متسمكة بيضاء تظهر على الوجه الداخلي للشفتين والخدين وجانبي اللسان.

الكارسينوما: قد توجد بشكل آفة بيضاء.

عسر التقرن الخلقي: قد يسبب بقع بيضاء.

احمرار مخاطية الشدق

Redness of the buccal mucosa

الأسباب :

التهاب اللثة المزمن هو سبب رئيسي لاحمرار اللثة.

التهاب الفم بالعقبول البسيط.

البلاغرا: جوانب اللسان حمامية وقد تصبح مؤخراً حمراء لحمية.

سوء الامتصاص: الأغشية المخاطية للسان والشدق حمراء.

الحزازاز المسطح.

الداء الفقعاني في الأغشية المخاطية.

الحالات الارجية في مخاطية الشدق الناتجه عن غسولات الفم والعلكة ومعاجين الأسنان وغيرها.

التبقع الأحمر.

الأورام الوعائية الدموية والنشوات مثل الكارسينوما.

الداء الحبيبي لفاجنر.

ساركوما كابوزي.

توسع الشعريات قد تكون مظهراً لتوسع الشعريات النزفي العائلي أو التصلب الجهازي أو قد تتلو المعالجة الشعاعية.

داء المبيضات.

الحزاز المسطح.

الذئبة الحمامية.

(84/4)

ساركوما كابوزي قد تظهر بشكل لطاخة أو عقيدة حمراء وردية أو بنية مزرقة.

عوز الفيتامينات والحديد والفوليت قد تحدث لساناً أحمراً.

اللسان الجغرافي قد يظهر أيضاً بشكل بقع حمراء.

رائحة الفم الكريهة

Halitosis

رائحة الفم الكريهة تحدث بسبب عدة عوامل:

الأسباب:

سوء العناية الصحية بالفم.

أنتانات الفم أو الأنف.

المجاعة.

بعض أنواع الطعام.

الصيام.

الأدوية.

اضطرابات نفسية المنشأ.

اضطرابات جهازية مثل أنتانات تنفسية قيحية، قصور كبدي أو كلوي ــ التخلون السكري ــ أمراض معوية .

فقدان الإحساس بالتذوق

Loss of sense of taste

الأسباب:

أذية العصب اللساني.

جفاف الفم.

أدوية مثل البنسيلامين.

اضطرابات نفسية المنشأ.

أمراض عصبية مثل الانتقالات الدماغية، والآفات التي تصيب حبل طبلة الأذن تكون مسؤولة عن ضياع حس الذوق.

الخشام (ضياع حس الشم) يؤدي عادة إلى ضياع واضح في حس الذوق.

المراجع

Abraham-Inpijn L .Oral and otal manifestations as the primary symptoms in Wegener's granulomatosis. J Head Neck Pathol 1983; 2: 2–20

1

Basu MK, Asquith P .Oral manifestations of inflammatory bowel disease. Clin Gastroenterol 1980; 307 :(2) 9

2

Browning S, Hislop S, Scully C et al. The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. Oral Surg 1987; 4–171 :64

3

Budzt-Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. J Oral Pathol 1981; 10: 80–65

4

Berger RS ,Mandel EB, Hayes TJ et al. Minocycline staining of the oral cavity. J Am Acad Dermatol 1989; 21: 1–1300

5

Cotaldo E. Solar cheilitis. J Dermatol Surg Oncol 1981; 7: 95–289

6

Dorey JL, Blasberg B, MacEntee MI et al. Oral mucosal disorders in denture wearers. J Pros Dent 1985; 53: 13–210

7

Hartman KS. Histiocytosis X. A review of 114cases with oral involvement .Oral Surg 1980; 49: 54–38

8

Hietanen J. Clinical and cytological features of oral pemphigus. Acta Odontol Scand 1982; 40: 14–403

9

Laskaris GC ,Sklavounou A, Stratigos J. Bullous pemphigoid, cicatricial pemphigoid and pemphigus vulgaris: a comparative clinical survey of 287cases. Oral Surg 62–656 :54 ;1982

10

Lamey PJ, Lewis MAO, Rees TD et al. Sensitivity reaction to the cinnamaldehyde component of toothpaste. Br Dent J 1990; 18–115 :168

11

James J, Ferguson MM, Forsythia A et al. Oral lichenoid reactions related to mercury sensitivity. Br J Oral Maxillofac Surg 1987; 80–474 :25

12

Kerr DA, McClarchey KD, Regezi JA. Allergic gingivostomatitis) due to gum chewing). J Periodontol 1971; 42; 12–709

13

Lamey PJ ,Carmichael F, Scully C. Oral pigmentation, Addison's disease and results of screening. Br Dent J 1985; 158: 305–297

14

Marks R, Radden BG. Geographic tongue: a clinicopathological review. Aust J Dermatol 1981; .9–75 :22

15

Manton S, Scully C. Mucous membrane pemphigoid. Oral Surg 40–37 :66 ;1988

16

Nisengard RJ, Nieders M. Desquamative lesions of the gingiva .J Periodontol 1981; 52: 10–500

17

Picascia DD, Robinson JK. et al. Actinic cheilitis, a review of the aetiology, differential diagnosis and treatment. J Am Acad Dermatol 1987; 17: 64–255

18

Schoenfeld RJ, Schoenfeld FI. Angular cheilitis. Cutis 1977; 19: 16–213

19

Scully C. Chronic atrophic candidosis) leading article). Lancet 1986; ii: 8–437

20

Scully C. Orofacial manifestations in chronic granulomatous disease of childhood. Oral Surg 1981; 51: 51–148

21

Scully C, Porter SR. The mouth and skin. In: Verbov JL, ed. New Clinical Applications in Dermatology :Relationships in Dermatology Vol 8. Lancaster: MTP Press, 34–1 :1988

22

Touyz LZG, Peters E. Candidal infection of the tongue with non-specific inflammation of the palate. Oral Surg 1987; 8–304 :63

23

Theaker JM, Porter SR, Fleming KA. Oral epithelial dysplasia in vitamin B 12 deficiency. Oral Surg 1989; 67: 3–81

24

Walker DM, Stafford DG, Huggett R et al. The treatment of denture-induced stomatitis. Br Dent J19–416 :151 ;1981

25

Winer LH. Black hairy tongue. Arch Derm 1958; 103–97 :77

26

الفصل السادس والأربعون أمراض الغدد العرقية

Diseases of the sweat glands

أمراض الغدد العرقية المفرزة :

التغير في وظيفة الغدد العرقية هي أما :

زيادة التعرق أو فرط التعرق

نقص التعرق: بسبب احتباس العرق أو تحدد إنتاج العرق.

فرط التعرق

Hyperhidrosis

هو زيادة شاذة في كمية التعرق، قد تكون بسبب عدة عوامل فيزيولوجية أو مرضية وقد يكون فرط التعرق معمماً أو موضعياً يصيب بشكل رئيسي الراحتين والأخمصين والإبطين.

فرط التعرق المعمم:

عدة عوامل يمكنها ان تؤثر على الغدد العرقية المفرزة وتزيد إنتاجها من العرق:

1 ـــ حالات فيزيولوجية: بسبب عاطفي ـــ الجو الحار الرطب ـــ العمل أو الجهد.

2 ـــ مرضية: يترافق فرط التعرق مع أمراض معينة مثل الملاريا ـــ ذات الرئة ـــ أمراض حموية.

مشاكل غدية صماوية: فرط نشاط الدرق والداء السكري.

رض الدماغ أو حالات التهابية في منطقة ما تحت المهاد أو مسالكها بسبب اضطراب السيطرة المركزية في مركز تنظيم الحرارة.

) وغيرها يمكنها أن تؤثر على ما تحت Sympathomimeticsالأدوية: عدة أدوية مثل مقلدات المودي (
) مؤدية إلى فرط تعرق.Hypothalamusالمهاد (

فرط التعرق الموضعي:

شائع جداً نتيجة لأسباب مختلفة.

وهي مشكلة فيزيولوجية، مهنية واجتماعية خاصة عندما تفشل عدة خطوط من المعالجة في السيطرة على هذه الحالة.

الأسباب:

فرط التعرق العاطفي أو بسبب توترات عصبية ونفسية.

أي عمر أو جنس قد يصاب بهذه المشكلة. قد يكون ذلك موضعياً حيث يصيب الراحتين والأخمصين أو يمتد ليصيب الإبطين والمناطق المغبنية أو المعصمين حيث أن التعرق الغزير جداً يحدث عندما يتعرض المريض لمثيرات معينة.

العوامل العائلية:

العوامل العصبية:

زيادة نشاط الجهاز العصبي الودي كما في الطفل مفرط النشاط واضطراب التوازن العاطفي وعدم الثبات الوعائي الحركي، وكلها تسبب زيادة التعرق.

العوامل الفيزيائية:

عدة عوامل قد تسبب الحالة مثل الألم والشدة النفسية ــ الخوف والجهد الفيزيائي.

معالجة فرط التعرق:

تطمين المريض ومعالجة نفسية قد تفيد في بعض الحالات خاصة الشكل العاطفي.

الأدوية الحالة لنظير الودي.

المهدئات: بينادريل أو أنواع أخرى من المهدئات البسيطة تحسن فرط التعرق.

) والبروبانثين قد يكون عامل Probanthine& Banthineالمقلدات الصناعية للأتروبين مثل البابنثين(مثبط مؤقت للعرق.

التأثيرات الجانبية لهذه الادوية هي: جفاف الفم، رؤيا مضاعفة مشوشة خاصة مع الجرعات الكبيرة.

) أو ستريزين قد تكون ذات قيمة Cyproheptadine or Cetrizineمضادات الهيستامين: سيبروهيبتادين(
في معالجة فرط التعرق خاصة في الشكل العاطفي.

المستحضرات الموضعية: بعض المستحضرات الموضعية متوفرة في السوق لكن البعض منها قد يسبب التهاب جلد تماسي إلى جانب انسداد فوهات الاقنية العرقية مسببة لاتعرقية، احتباس العرق والتهاب الغدد العرقية القيحي.

معظم مضادات التعرق تحتوي على أملاح الألمنيوم بتراكيز مختلفة ومشاركات مختلفة.

(88/4)

): تغطيس القدمين والراحتين في برمنغئات البوتاسيوم 2000/1 أو 2% Astringentsالأدوية القابضة (
محلول بورو وحمض التانيك في الكحول لمدة ساعة قد يكون لها تأثير مضاد تعرق.

المساحيق: تستخدم بودرة على القدمين والمناطق بين الأصابع لتخفيف التعرق، المساحيق الأشيع استخداماً هي :

R/X

كلوريد الالمنيوم 3

المنيوم البوتاسيوم 10

حمض الصفصاف 3

نشاء 5

بودرة تالك 100

هذا المستحضر قد يكون ذو تأثير جيد في إنقاص فرط التعرق الموضعي.

سموم البوتاليوم

حالياً سموم البوتاسيوم أثبت أنه فعال، وآمن وطويل الأمد بديلاً علاجياً لمعالجة فرط التعرق الراحي الشديد.

الطريقة:

يعطى المريض 50 حقنة تحت الجلد كل منها 2 وحدة ، في كل راحة يد باستخدام حصر عصبي للتعصب المتوسط (الناصف) والزندي.

هيكساهيدرات كلوريد الالمنيوم 25% في كحول اتيلي مطلق يعطي فعالية في فرط التعرق الإبطي.

Ionotophoresisالرحلان الشاردي :

رحلان الشاردي لماء الصنبور هو طريقة متميزة لتخفيض التعرق في أجزاء مختلفة من الجسم، الرحلان الشاردي هو طريقة لزيادة نفوذ الدواء الداخل لسطح الجلد بتطبيق تيار كهربائي.

هو طريقة تعمل بالبطارية لأحداث انحلال شاردي لماء الصنبور. هذا جهاز بسيط Drionicجهاز الـــ يمكن استخدامه في المنزل وفعال في تخفيض فرط التعرق لفترة 6 أسابيع.

التعرق الكريه الرائحة

(الصنان)Bromohidrosis

تعرق كريه الرائحة قد يحدث في الإبطين والقدمين.

معظم الحالات تترافق مع:

فرط التعرق

)Apocrineسوء وظيفة الغدد العرقية المفرزة (

انتانات فطرية وجرثومية

تفكك الحموض الدسمة يؤدي لرائحة متميزة

بعض أنواع الطعام مثل الثوم، البصل وفرط تناول البروتينات

المعادن الثقيلة – الارسينيك

المعالجة:

معالجة السبب إن أمكن.

تنظيف عام للجسم وحمامات متكررة.

تغيير الجوارب والألبسة الداخلية بشكل متكرر واستخدام ألبسة غير ضيقة وتجنب التعرق المفرط.

تجنب بعض أنواع الطعام مثل كثرة البروتينيات ــ الثوم ــ البهارات.

تهوية المنطقة

مساحيق غبارية خاصة للقدمين قبل ارتداء الجوارب. تغطيس القدمين في برمنغنات البوتاسيوم ا:2000 أو

محلول فورمالداهيد.

مزيلات الرائحة: متوفرة بمستحضرات مختلفة، يجب الحذر من الحساسية الموضعية الناجمة عن مركبات معينة.

).Cidalصوابين مطهرة مضادة للجراثيم مثل صابون (

التعرق الملون

Chromohidrosis

هو تعرق ملون ناجم عن سوء وظيفة الخلايا الغدية العرقية المفرزة. المكان الأكثر تعرضاً هو الوجه، حيث لون العرق قد يكون أسوداً، أخضراً، أزرقاً، أو أصفراً.

المناطق المغبنية قد تصاب حيث قد يظهر العرق بلون الصدا على الألبسة الداخلية.

التهاب الغدد العرقية القيحي

Hidadenitis suppurativa

هو انتان في الغدد العرقية المفرزة خاصة في الإبطين والناحية الأربية. تظهر عقيدة محمرة مؤلمة، مكتنزة قد تسبب خراجاً ذو فتحات متعددة على سطح الجلد وتنزح القيح. الحالة مزمنة ولها ميل للنكس. التندب قد يترافق مع الحالات الشديدة.

المعالجة:

كمادات موضعية من برمنغنات البوتاسيوم للحالات النازة ومضادات حيوية موضعية.

الجرعات العالية من المضادات الجهازية.

شق وتفجير الخراجات.

الستيرويدات القشرية الحالات المزمنة المستمرة. وقد تتحسن بعض الحالات بالستيرويدات حقناً موضعياً.

الشكل رقم 366: التهاب غدة عرقية قيحي

(عروسة الإبط)

داء فوكس ـــ فوردايس

Fox Fordyce disease

هو مرض نادر يحدث بشكل رئيسي عند الفتيات الصغيرات ليس قبل البلوغ ولا بعد سن اليأس.

المظاهر السريرية:

حطاطات متوهجة اللون، صغيرة، حاكة بشدة تحدث بشكل رئيسي على الإبطين، الثدي، السرة، العجان والأشفار ونادراً عند الذكور على الصفن. الحطاطات قد تزداد حجماً وتشكل عقيدات ذات مركز جرابي فارغ.

التشريح المرضي:

المظاهر التشريحية المرضية تتصف بـــ:

انسداد اقنية الغدد المفرزة عند المدخل إلى جدار الأجربة.

ارتشاح التهابي.

توسع الغدد في الادمة.

الشكل رقم 367: داء فوكس – فراديس

المعالجة:

معالجة الداء ليست دائما ناجحة الاستروجينات ومانعات الحمل الفموية يمكن استخدامها، قد تؤدي لتحسن في الحكة وزوال الآفات.

2 ليزر لإزالة الآفات المزمنة.Coالتخثير الكهربائي أو استعمال

فقاع الأيدي والأقدام (النفاطات)

(عسرة التعرق)Pompholyx

هي اندفاع حويصلي في الراحتين والأخمصين. الحويصلات عميقة وتشبه حبات الشعير الصافية تحت الجلد. وتظهر مليئة بسائل رائق تحت الجلد خاصة على الجانب وحول الأصابع والأباضي.

الأعراض قليلة حيث قد تسبب حكة خفيفة أو الإحساس بالحرقان في الأماكن المصابة وقد تكون الآفات متجمعة. المرض قد نوقش في فصول سابقة باسم الاكزيما عسر التعرق.

المسببات:

فرط التعرق

التوترات النفسية والعصبية المزمنة.

أكزيما التماس

الحاسبة الدوائية

الحساسية للطعام: البهارات والفلفل الحار أو الإضافات في الطعام.

"Idأنتانات الفطرية والجرثومية في أي مكان في الجسم مثل الأرج أو الطفح الجلدي الـــ "

المعالجة:

معالجة السبب مثل فرط التعرق أو الأنتان

مغاطس برمنغنات البوتاسيوم 8000/1 فعال لليدين والقدمين

الستيرويدات القشرية موضعيا (كريمات) لوحدها او بالمشاركة مع مستحضرات مضادة للجراثيم (Decoderm compound cream.(

خراجات الغدد العرقية المتعددة

المرض يصيب بشكل رئيسي الرضع الصغار. العوامل المحرضة المسببة هي عادة العنقوديات المقيحية.

المظاهر السريرية:

خراجات لايظهر لها رأس، غير مؤلمة، بشكل القبة متعددة تصيب بشكل رئيسي الفروة والجذع والأرداف، وتسبب تورم بشكل القبة متموج وقد يتمزق تاركة سطحاً نازاً.

المعالجة:

كمادات برمنغنات البوتاسيوم

(كريمMuperacin (Bactroban creamكريم موضعي مضاد للجراثيم مثل

شق وتفجير الخراريج.

المراجع

Foster KG, Hey EN, Katz G. Eccrine sweat gland function in the newborn baby. J Physiol36 :198 ;1968 P-7P

1
W.B. Shelly, MD,PhD, N.Y. Talanin , MD, PhD, MD Toledo ,Ohio

2
Botulinum toxin therapy for palmar hyperhidrosis , J Am Acad Dermatol 1998; 9−38:227

3
Akins-DL; Meisenheimer-JL; Dobson-RL J-Am-Acad-Dermatol. 1987Apr; 16(4): 32−828.Tapwater iontophoresis in the treatment of hyperhidrosis

4
Elgart-ML; :Fuchs-G Use of the Drionic device..Int-J-Dermatol. 1987Apr; 26(3): 1947

5
Glent-Madsen-L; Dahl-JC: 9–87 :(1)68 Treatment of excess sweating of the palms by iontophoresis .Department of Dermatology, Odense University Hospital, Denmark .Acta-Derm-Venereol. ;1988

6
Stolman-LP : Efficacy of the Drionic unit in the treatment of hyperhidrosis , Arch-Dermatol. 1987Jul; 123(6–893 :(7

7
Iontophoresis-instrumentation; Sweating- A review.J-Am-Acad-Dermatol. 1986 Oct; 15(4Pt 1): 84–671

8
Much care should be taken in infants and children when using antiperspirants especially boric acid powder, which may cause serious toxic and even fatal . Other measures for severe and reluctant hyperhidrosis include sympathectomy and local radiation

9
Sato K, Kang WH, Saga K et al. Biology of sweat glands and their disorders. J Am Acad Dermatol 1989; 20: 63–537, 26–713

10
Shelley WB, Hurley HJ. Studies on topical antiperspirant control of axillary hyperhidrosis. Acta Der Venereol 1975; 95: 60–241

11
Stolman LP. Treatment of excessive sweating of the palms by iontophoresis. Arch Dermatol 1987; 6–895 :123

12

Botulinum toxin--a possible new treatment for axillary hyperhidrosis :.Bushara-KO; Park-DM; Jones-JC; Schutta-HS . Department of Neurology, University of Wisconsin Hospital and Clinics, Madison 5132–53792, USA Clin-Exp-Dermatol . 1996Jul; 21(4): 8–276

13
H"lzle E, Alberta N. Long term efficacy and side-effects of tap water iontophoresis of palmo-plantar hyperhidrosis - the usefulness of home therapy. Dermatologica 1987; 175: 35–126

14
James WD ,Schoomaker EB, Rodman OG. Emotional eccrine sweating. A heritable disorder. Arch Dermatol 1987; 123: 9–925

15
Juhlin L, Hansson H. Topical glutaraldehyde for plantar hyperhidrosis. Arch Dermatol 1968; 97: 30–327

16
McWilliams SA, Montgomery I, Jenkinson DM et al. Effects of topically applied antiperspirant on sweat gland function. Br J Dermatol 1987; 26–617 :117

17
Ebling FJG. Hidradenitis suppurativa: an androgen-dependent disorder. Br J Dermatol 1986; 115: 62–259

18
Clemmensen OJ. Topical treatment of hidradenitis suppurativa with clindamycin. Int J Dermatol 1983: 8–325 :22

19
Morgan WP, Hughes LE. The distribution, size and density of the apocrine glands in hidradenitis suppurativa. Br J Surg 1979; 6–853 :66

20
Morgan WP, Leicester G. The role of depilation and deodorants in hidradenitis suppurativa. Arch Dermatol 1982; 118: 2–101

21
Mustafa EB ,Ali SD, Kurtz LH. Hidradenitis suppurativa: review of the literature and management of the axillary lesion. J Nat Med Assoc 1980; 43–237 :72

22

Meneghini CL, Angelini G. Contact and microbial allergy in pompholyx. Contact Derm 1974; 5: 46

23

(93/4)

Oddoze L, Temime P. Dyshidrosis and atopy. Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr ;1968

378 :75

24

Menne T, Hjorth N. Pompholyx-dyshidrotic eczema. Semin Dermatol 1983; 2: −75

80

25

Kronthal HL, Pomeranz JR, Sitomer G .Fox-Fordyce disease. Arch Dermatol 1965;

91: 5−243

26

Mitchell J ,Greenspan J, Daniels T et al. Anhidrosis (hypohidrosis) in Sj"gren's

syndrome. J Am Acad Dermatol 1987; 16: −233

27

اللا تعرق

Anhidrosis

اللاتعرق يعني غياب العرق.

هو غياب العرق ناجم عن خلل في إنتاج أو توصيل العرق إلى سطح الجلد في وجود محرضات مناسبة.

الحالة قد تكون معممة أو موضعية.

الأشكال:

اللا تعرق المعمم.

أسباب اللاتعرق المعمم هي:

(Miliariaالدخنيات)

(Congenital ectodermal defectsخلل الأدمة الولادي)

(Orthostatic hypotensionهبوط الضغط الانتصابي)

(Diabetic neuropathyاعتلال الأعصاب السكري)

(Multiple myelomaالورم النقوى المتعدد)

(Thyrotoxicosisالإنسمام الدرقي)

(Myxedemaالوذمة المخاطية)

(Pemphigusالفقاع)

الشكل القطعي للاتعرق :

هذا الشكل يحدث في:

تناذر هورنر التصلب العديد

الأسباب:

الوليد والخديج يبديان عادة لا تعرق مؤقت لعدة أسابيع يحتمل إنه بسبب عدم النضج المؤقت للأعصاب.

الأسباب العصبية: رضوض الرأس ــ النشبة الرأسية ــ الهيستريا ــ المشاكل العصبية الجراحية.

العمليات الجراحية: الأورام في مناطق البطين الثالث، تؤدي إلى غياب السيطرة على المراكز المنظمة للحرارة في ما تحت المهاد.

انسداد الأقنية العرقية أو فوهاتها يؤدي إلى احتباس العرق واللاتعرقية كما في الدخنيات ــ التهاب الجلد التماسي ــ التهاب الجلد التأبتي ــ السماك والصداف.

مضادات التعرق الموضعية الحاوية على سلفات الألمنيوم. هذا الشكل من اللا تعرق هو الأشيع مشاهدة في الممارسة العامة.

(94/4)

ما بعد استئصال العقدة الودية يؤدي إلى لا تعرق في المناطق المعصبة بهذه الألياف العصبية.

تنكس الألياف العصبية الودية المحيطية كما في التهاب الأعصاب المحيطية والسكري.

الأدوية: حالات النظير الودي، الأتروبين ومشابهاته والمخدرات الموضعية.

الغياب الخلقي للغدد العرقية سواء في مناطق موضعية أو معممة كما في خلل الأدمة الولادي الذي يكون وراثياً.

ضمور الغدد العرقية كما في الحروق.

التهاب الجلد الشعاعي.

ويرافق بعض الأمراض مثل تصلب الجلد والتهاب الجلد التوسفي مجهولة السبب.

المعالجة:

المعالجة عادة غير ناجحة بدون السيطرة على العامل المسبب.

معالجة الاختلاطات الناجمة عن احتباس العرق مثل الدخنيات.

الوسائل العامة:

تجنب الجهد الشديد.

تجنب التعرض للحرارة (الجو الحار).

مكيفات ومرطبات الهواء قد تفيد المريض.

احتباس العرق

الدخنيات

Miliaria

احتباس العرق عند الأطفال والأعمار الأكبر قد يكون له عدة عوامل مؤهبة.

بعض الاختلافات في الصور السريرية:

الحالة تنجم عن عدم مقدرة العرق من العبور الحر إلى سطح الجلد.

إنسداد الأقنية العرقية وفوهاتها بالكيراتين استجابة لإصابات البشرة قد تؤدي إلى تمزق الغدد العرقية.

الحالة تسمى الدخنيات أو احتباس العرق.

المظاهر السريرية :

احتباس العرق اللاتعرقي: يسبب انسداد المدخل فقط بسبب أعراض بسيطة ما عدا اللاتعرق.

الشكل رقم 368: الدخنيات الحمراء

الشكل رقم 369: الدخنيات البلورانية

الشكل رقم 370:

الدخنيات الحمراء

مجموعة الدخنيات: أشكال مختلفة من الدخنيات ذات أعراض سريرية مختلفة وعلامات سريرية متنوعة.

Miliaria crystallina: (الدخنيات البلورانية)

تحدث بسبب تجمع العرق في الطبقة القرنية يؤدي إلى حويصلات متناثرة متعددة مع سائل رائق، وتتمزق بسهولة.

(95/4)

عادة لاتسبب أعراضاً حيث بعض الحالات قد يصاحبها حرقان أو وخز عند التعرض للجهد الشديد أو الجو الرطب الحار. قد توجد الدخنيات البلورانية مترافقة مع التهاب الجلد التماسي خاصة عند الأطفال الصغار بسبب تغطية المناطق المغبنية لفترة طويلة أو استخدام البودرة التي قد تسد فوهات الغدد العرقية.

الدخنيات الحمراء (الحرارة أو حمو النيل Prickly heat) : هي أكثر شيوعاً، خاصة في الجو الحار الرطب، وتظهر على الظهر والصدر وجانبي البطن والحفرة المرفقية والمبأبضية والمناطق المعرضة للاحتكاك.

تتظاهر الآفة بشكل طفح حمامي حطاطي حويصلي يسبب حكة وإحساس بحرقان بسبب تسرب العرق إلى البشرة، حيث إن شدتها يتعلق بالحمل الحراري.

الدخنيات البثرية (Miliaria pastulosa) : الآفات تظهر بشكل بثرات حمامية سطحية حاكة مع تنقط أسود في المركز تحدث بسبب انسدادات مفرطة التقرن التي تصيب الفوهات العرقية.

الأماكن الأشيع إصابة بالدخنيات البثرية هي المناطق المغبنية والسطوح العاطفة للأطراف.

هذا الشكل شائع أيضاً عند الأطفال الصغار الذين يستخدمون الحفائظ ويترافق مع بعض الأمراض مثل حمامي الارفاغ ــ أكزيما التماس والكزيما التأبتية.

محتوى البثره يتشكل بسبب احتباس العرق داخل البشرة.

الدخنيات (Profounda): هذا الشكل ينجم عن إنسداد المدخل العميق وتمزق الاقنية العرقية وغياب العرق في داخل البشرة في الوصل البثروي ــ الأدمي.

المظاهر السريرية :

الاندفاع الجلدي بشكل حطاطات لماعة غير حاكة غير أنها التهابية وتتعلق شدتها حسب درجة التعرق.

الدخنيات العميقة قد تترافق مع مظاهر جهازية مثل الهياج ــ سرعة التعب ــ الصداع ــ القمة (إنسداد الشهية للطعام) ــ النعاس وعدم القدرة على التركيز بسبب عدم تحمل الحرارة.

تتحسن الدخنيات بالبرودة الجلدية وقد تظهر الأعراض بعد وقت قصير.

الدخنيات عند الوليد:

(96/4)

تحدث الدخنيات عندما يحتبس جريان الغدد العرقية المفرزة بانسداد القسم داخل البشرة من القناة العرقية.
عدم النضج النسبي للا قنية العرقية قد يكون عاملاً مؤهباً مهماً في سن الرضاعة الباكر: السراويل الكاتمه للجلد تؤدي لظروف مناسبة لحدوث الدخنيات في منطقة الحفائظ.

المراجع

Foster KG, Hey EN, Katz G .Eccrine sweat gland function in the newborn baby. J Physiol 1968; 36 :198P-7P

1

Kang WH. Generalized anhidrosis associated with Fabry's disease .J Am Acad Dermatol 1987; 17: 7–883

2

Loewenthal LJA. The pathogenesis of miliaria. Arch Dermatol 1961; 84: 217

3

Holzle E, Kligman AM. The pathogenesis of miliaria rubra. Role of the resident flora. Br J Dermatol 37–117 :99 ;1978

4

Sargent F, Slutsky HL. The natural history of the eccrine miliarias. New Engl J Med 1957; 256: 8–401, 451

5

Auster B. Transient neonatal pustular melanosis. Cutis 1978; 22: 8–327

6

Singh G. The role of bacteria in anhidrosis. Dermatologica 1973; 146: 61–256

7

Ishii N ,Kawagachi H, Miyakawa K et al. Congenital sensory neuropathy with anhidrosis .Arch Dermatol 1988; 6–964 :124

8

أمراض الغدد العرقية المفترزة

Diseases of apocrine glands

الغدد المفترزة هي غدد فعالة عند الأطفال وصغيرة الحجم، فعاليتها يتعلق بالهرمونات الجنسية ويوجد دور لتنظيم الحرارة، كما في الغدد العرقية المفرزة.

الغدد المفترزة توجد في مناطق معينة من الجسم، في الإبطين، الحلمتين، الوجه والعانة والأعضاء التناسلية.

إفراز الغدد العرقية المفترزة قليل الكمية، ولا رائحة له، لكنه يعطي رائحة مميزة في ظروف معينة ناجمة عن نشاط الجراثيم الشاطرة للحموض الدسمة اللامشبعة التي تؤدي الى رائحة عطرية متميزة، تتراوح الرائحة حسب العمر والعرق والحالة العاطفية للشخص.

(97/4)

انتانات الغدد العرقية المفترزة بشكل رئيسي في الإبط وتسمى التهاب الغدد العرقية التقيحي (عروسة الإبط).

انسداد فوهاتها تؤدي إلى تشكل كيس أو حطاطي، حاك واندفاع حاك بشدة يسمى داء فوكس ـــ فراديس.

المعالجة:

المعالجة الفعالة تشمل انقاص الإفراز بواسطة أملاح الألمنيوم وتثبيط الجراثيم في المنطقة بالحلاقة للشعر عند البالغين، التي تزيل البقايا والجراثيم والكيراتين. التنظيف المتكرر للمناطق بالماء والصابون.

الصادات الحيوية موضعياً وفموياً.

المراجع

Ebling FJG. Apocrine glands in health and disease. Int J Dermatol 1989; 28: 11–508

1

Montagna W, Parakkal PF. The Structure and Function of Skin 3rd edn. New York, London :Academic Press, 1974

2

Cone TE. Diagnosis and treatment: some diseases ,syndromes and conditions associated with an unusual odor. Pediatrics 1968; 5–993 :41

3
Jackman PJH. Body odor - the role of skin bacteria. Semin Dermatol8–1:143 :1982
4
Hurley HJ, Shelley WB. The Human Apocrine Sweat Gland in Health and Disease. Springfield: Thomas, 1960
5

الفصل السابع والأربعون أمراض الغدد الزهمية
Abnormalities of sebaceous glands

حب الشباب (العد)
ACNE

هو مرض التهابي مزمن يصيب الأجربة الشعرية الزهمية (المثية) عادة يظهر بعد البلوغ والمرض نادر عند الأطفال وكبار السن.

الأماكن الأكثر إصابة هي المناطق الزهمية الغنية بالغدد الزهمية خاصة الوجه ــ أعلى الصدر ــ الظهر ومناطق الكتفين.

الشكل الشائع من العد يحدث بعد البلوغ. وحيث إن البلوغ يظهر مبكراً في هذه الأيام في بعض الأطفال خاصة الفتيات الصغيرات فقد يكون من المفيد سرد لمحه مختصرة لحبوب الشباب في هذا الفصل.

الأسباب:

العوامل الوراثية التي تزيد فعالية الغدد الزهمية وانسداد الفوهات الزهمية الشعرية هي العوامل الرئيسية.

الهرمونات:

تزيد الاندروجنيات فعالية الغدة الزهمية عند كلا الجنسين.

الاستروجنيات تقلد تأثير الاندروجنيات.

" تزيد فعالية الغدد الزهمية بسبب تأثيرها على إنتاج الاندروجنيات.ACTH"

الانتانات: الوتديات المعدية والمكورات العنقودية تعتبر مهمة في الآلية المرضية لحبوب الشباب.

الحمية الغذائية: تأثر في بعض الأحيان بعض أنواع التغذية مثل فرط السكريات، الأطعمة الدسمة والشكولاته، المواد الغنية باليود مثل الطعام البحري قد يكون لها تأثير على التحريض في أشخاص معينين.

الأدوية: الاندفاع العدي الشكل ينجم عن عدة أدوية موضعية وجهازية، مثل "التتراسكلين والستيرويدات القشرية وبعض الفيتامينات مع المعادن مثل اليود" وأدوية أخرى قد تترافق مع اندفاعات عدّية الشكل.

التوتر والإجهاد وقلة النوم قد يكون لهما دور كذلك.

الآلية المرضية

هناك عاملان لهما دور مهم في تكوين العد، وتشمل تلك زيادة فعالية الغدد الزهمية مع إنتاج غزير للزهم والعامل الآخر هو انسداد الفوهات الزهمية الشعرية.

زيادة فعالية الغدد الزهمية وانسداد الأجربة الشعرية الزهمية يؤدي إلى احتباس الزهم داخل الجريبات التي تتوسع وتتمزق مع الزمن.

الجراثيم اللاهوائية مثل الوتديات العدية، البويفاء النخالية العضوية والمكورات العنقودية تسبب إنشطار الزهم إلى حموض دسمة وغليسريدات ثلاثية تعمل كعامل مخرش مهم.

هذا قد يؤدي إلى ظهور أشكال مختلفة من حبوب الشباب مثل الحطاطات، البثور، الكيسات والزؤانات.

الأشكال السريرية لحبوب الشباب

(Neonatal acneالعد الوليدي)

تبدأ الآفة الجلدية مباشرة بعد الولادة بشكل حطاطات صغيرة على المناطق الزهمية خاصة الجبهة والخدين بسبب زيادة فعالية الغدد الزهمية الاندروجين والاستروجين في الدورة الدموية قد يكون لهم بعض الدور.

(99/4)

وقد تكون حبوب الشباب منتشرة في العائلة.

الحالة تزول تدريجياً خلال أسابيع قليلة. الحالات المستمرة قد تحتاج لمطهرات (محاليل) مثل الكليندامسين (Dalacin T lotion) والاريثرومايسين (Eryderm lotion.موضعياً)

الشكل رقم 371: العد الوليدي

الشكل رقم 372: العد الوليدي

(Juvenile acneالعد الشبابي)

هذا الشكل من العد يصيب الذكور بشكل رئيسي، ويظهر على الوجه خلال حوالي عمر الثلاثة شهور الأولى بعد الولادة وقد يستمر حتى عمر خمس سنوات.

الأسباب:

1 ـــ تحريض الكظرين عبر المشيمة.

2 ـــ الأدوية.

3 ـــ الورم المذكر أو فرط تصنع اللكظر الولادي (متلازمة كظرية تناسلية).

الشكل رقم 373: العد الشبابي

المعالجة:

اريثرويسين ملعقة صغيرة 125 ملغ أو نصف ملعقة 3 مرات يومياً والجرع تحدد حسب الوزن والعمر.

- Dalacin T lotion – أو كليندامِيسين محلول) ، (Erydermالمستحضرات الموضعية: اريثروميسين (

) كريم قد تعطي نتائج جيدة Flogocid cream , Droxaryl cream) أو (Pufexama -Parfenac

خاصة عندما يوجد حمامي وتخريش في الآفات بسبب معالجة سابقة.

"الحامضي مفيدة .Aالبنزويل بيروكسايد أو الفيتامين"

هذه المستحضرات أفضل إستخداماً للبالغين حيث أنها قد تسبب تخريش في بعض الحالات خاصة عندما تطبق على مناطق واسعة.

(Acne vulgarisالعد الشائع)

هو الشكل الأشيع من العد، تظهر آفات حطاطية وبثرية على المناطق الزهمية في الوجه، الجبهة وأعلى الصدر والظهر والكتفين.

الشكل رقم 374: العد ما بعد

البلوغ (العد الشائع)

(Cystic acneالعد الكيسي)

هو كيسات تحوي سائل سميك ولزج ومنقط بالدم، الأماكن الأكثر إصابة هي: الوجه والظهر، هذا الشكل قد يجب تفريقه عن أكياس الورام العصبي الليفي التي لها مظاهر أخرى مثل البقع قهوة بحليب.

والكيسات في الورام الليفي العصبي تكون أكثر طراوة.

(Conglobataالعد المكبب)

(100/4)

هو شكل شديد من العد قد يصيب الوجه والظهر، الآفات مكببة والشفاء في بعض الحالات يكون بتشكل ندبة، هذا الشكل أكثر شيوعاً عند الفتيات.

الشكل رقم 375: العد المكبب

)Solar acneالعد الشمسي (

قد يصيب هذا النوع الأعمار المتقدمة، في الكهول، خاصة في منطقة ما حول الحجاج حول العين، إذ أن معظم المرضى يتعرضون لفترة طويلة لأشعة الشمس للإشعاع فوق البنفسجي والأذية الشمسية للأدمة يسمح للأقنية الزهمية الشعرية لتصبح أسهل تمدداً.

)Detergent acneعد المنظفات (

غير شائع يحدث عند المرضى الذين يغسلون وجوههم عدة مرات يومياً، أملاً بأن يجعلوا آفاته الموجودة أكثر اعتدالاً، بعض الصوابين القاتلة للجراثيم تحوي مركبات مولدة للعد مثل الهيكسياكلوروفين الذي يؤدي إلى آفات بثرية وحطاطية.

)Acne keloidalisالعد الجدري(

هذا الشكل ينجم عن انتان قيحي في الغدد الزهمية يؤدي إلى تخرب وتشوه شكل النسج مع تشكل الجدرات.

الشكل رقم 376: العد الجدري

)Acne excoriataالعد المتقرح (المُتسحج

هذا الشكل شائع في المرضى المصابين بتوترات نفسيه وعصبية، خاصة الذين يعبثون بنكش وعصر الآفات. هذا قد يؤدي إلى تشكيل قشور وندبات منقطة.

الشكل رقم 377:العد المتسحج

)Excoriata(

)Tropical acneالعد المداري (

الجو الحار الرطب يؤدي إلى تعرق غزير.

انسداد فتحات الأقنية في الغدد العرقية يؤدي إلى الدخنيات وهذا قد يترافق مع انسداد الفوهات الزهمية الشعرية.

الشكل رقم 378: العد المداري

)Acne rosaceaالعد الوردي (

المظاهر هي حمامي في الوجه عادة تأخذ شكل الفراشة والحطاطات والبثرات تنغمس في البقع الحمامية للوجه.

)Acniform eruptionالاندفاعات عدية الشكل(

الحطاطات بشكل رئيسي وبشكل أقل شيوعاً. البثرات تشبه العد الشائع وتظهر فجأة.

الآفات ليست بالضرورة إذ تظهر على المناطق الزهمية وقد تنتشر على الصدر، والجذع والأطراف. هناك عوامل مختلفة قد تسبب اندفاع عدي الشكل وتشمل :

(101/4)

الشكل رقم 379: اندفاع عدي الشكل

الأدوية: مثل التتراسكلين، المونوسكلين، الدوكسي سكلين والستيروئيدات القشرية. الستيروئيدات القشرية موضعيا خاصة عندما تغطي الجلد لفترات طويلة قد تسبب اندفاع عدي الشكل.

اليود والبروم في الفيتامينات والمعادن.

."ACTH) ، الـــ" INHأدوية أخرى مثل ايزونيكوتينيك هيدرازين (

كلورال هيدرات وبروبانثين قد تسبب اندفاع عدي الشكل.

المواد الكيماوية، العد نتيجة الكلور الذي ينجم عن فرط كلورة أحواض السباحة.

كلورنا فثالين وزيوت القطع، وقطرات الفحم الحجري، البترول ومشتقاته قد تسبب اندفاع عدي الشكل.

)Acne frontalisالعد الجبهي (العد النخري) (

الحطاطات البثرية الجرابية تظهر على الجبهة، وهي ذات انخفاض مركزي بسبب النخر المركزي.

الآفات قد تشفى مع ندبات منقطة تشبه الآفات المتأخرة من الجدري.

الشكل رقم 379 ب: حبوب الشباب بالجبهة والوجه

)Mechanical acneالعد الميكانيكي (

هذا الشكل من العد ينجم عن الرض الفيزيائي الذي يؤدي للتحزز وانسداد الفوهات الزهمية الشعرية والتصبغ.

القبعات المغلقة المشدودة خاصة في الرضع الصغار والأطفال، الأربطة الضاغطة وأغطية الرأس قد تؤدي لمثل هذا النوع.

أربطة الرأس والثياب الداخلية المشدودة هي أسباب أخرى.

الاحتكاك المستمر بسبب القمصان أو قبة الرقبة القاسية (رقبة السلحفاه).

الشكل رقم 380: عد الناحية المغبنية (عدميكانيكي)

)Acne scarالعد الندبي (

أنواع معينة من العد قد تترافق مع تندب شديد خاصة المترافقة مع انتان جرثومي ثانوي، أو العبث المتكرر بالآفات ونسحجها عند المرضى المصابين.

الشكل رقم 381: العد الندبي

عد عدم الحركة

المرضى المراهقين الذين يستلقون على الفراش لفترة طويلة كما في جناح الأمراض العظمية، يصابون عادة بهياج العد ـــ ما يسمى العد عدم الحركة وهذا يحتمل إنه ينجم عن تغير في بيئة الجلد الذي قد يؤهب للاستعمار الجرثومي للقناة الزهمية الشعرية.

(102/4)

)Cosmetic acneعد المزوقات (مواد التجميل)(

الآفات تحدث بشكل موضعي كنتيجة للاستخدام المستمر للمزوقات (كريمات) ومساحيق وتترك لفترة طويلة بدون تنظيف أو إزالة.

المستحضرات المحتوية على اللانولين، الفازلين، بعض الزيوت النباتية، بوتيل ستيرات، كحول لوريل وحمض الأوليك، كلها مواد مولدة للزؤان.

المركبات الدهنية التي تطبق على الفروة قد تسبب العد كذلك.

الشذوذات الغدية الصماوية مثل داء كوشيتغ، المتلازمة الكظرية التناسلية والمبيض عديد الكيسات، تترافق مع حبوب الشباب بالإضافة إلى مظاهر جهازية أخرى.

)Occupational acneالعد المهني(

بعض العاملين في منتجات البترول كما في اللذين يغسلون السيارات والسائقين والميكانيكيين قد يصابون

باندفاع عدي الشكل ناجم عن التعرض المستمر للبترول ومشتقاته والعاملين في إصلاح أحواض السباحة قد يصابون بنفس التأثير.

الشكل رقم 382: عد مهني

معالجة حبوب الشباب

اعتبارات عامة

التعامل مع الآفات العدية قد يكون بسيطاً وصعباً جداً في نفس الوقت.

عدد كبير جداً من المستحضرات سواء دوائية أو تجميلية أو من الأعشاب أو التجارية تباع بدون وصفة متوفرة بكثرة في الصيدليات ومراكز التجميل المختلفة.

المرضى أحياناً يختلط عليهم الأمر وينتقل من دواء لآخر من تلقاء نفسه حسب نصيحة الآخرين ووصفات من مراكز متعددة في معظم الحالات. مثل هؤلاء المرضى يضيعون وقتاً كبيراً ومالاً كثيرة ويجدون أن آفاتهم عادة تتفاقم وتترافق مع اختلاطات غير مرغوبة.

الطريق الأسهل والأكثر أماناً هو اتباع تعليمات طبيبك.

اللعب والعبث في الآفات وقضاء وقت طويل لمراقبة الآفات في المرآة ومحاولة عصر الحطاطات الصغيرة والبثرات قد يؤدي لتأثير خطر يختلط بالتندب.

المزوقات Camouflage (مواد التجميل) مثل المساحيق والكريمات وغيرها المستخدمة من أجل التمويه " "وحاصرات الشمس خاصة إذا تركت لفترة طويلة قد تؤدي لانسداد الفوهات الزهمية الشعرية مؤدية إلى اختلاطات أكثر وأكثر.

الجو الحار الرطب يجب تجنبه قدر الإمكان.

الغسيل المفرط للمناطق المصابة قد يؤدي لتأثيرات مؤذية خاصة عند استعمال بعض المنظفات. غسيل الوجه، التقشير وغيرها يجب أن تجري بأيدي خبيرة وليس عند مصففي الشعر والكوافير والأشخاص اللذين تنقصهم الخبرة.

العد الوليدي والشبابي والأشكال الخفيفة عادة لا تحتاج لمعالجة دوائية وإذا لزم ذلك فإن الغسيل اللطيف والمستحضرات الموضعية الخفيفة يمكن استخدامها.

تنظيم النوم، والعوامل المثيرة الأخرى يجب تجنبها.

الحمية المخرشة، إذا ثبت أنها عامل مؤهب يجب أن نتجنبها.

التعرض المباشر لأشعة الشمس لفترة معقولة قد يكون له فائدة جيدة على الآفات العدية.

الأدوية الموضعية:

) . بعض (Neutragena ، صابون(Acne Aidغسل الآفات مرة أو مرتين يوميا بصابون مثل: صابون(

pHالآفات قد تتخرش خاصة في الأعمار الصغيرة وذوي الجلد الحساس. صوابين خفيفة ذات الـــ

) يمكن استخدامها.Numis med) أو (Sebamedالمتوازن المعتدل مثل)

) هى مضادة للجراثيم، Dalacin Lotion) أو الكليندايسين محلول (Erydermمحلول الاريثرومايسين (

وهي عادة فعالة في العد البثري.

البنزيل بيروكسايد: هو دواء فعال يمكن تطبيقها للآفات الطويلة الأمد ويجب الحذر منها بسبب احتمال التخريش.

). هذه المستحضرات قد تكون فعالة في Eudyna) جل أو كريم وجل (Retin Aريتينوئيك أسيد: مثل (

إزالة آفات العد وأنها قد تسبب تخريش إذا لم تستخدم بشكل ملائم.

(104/4)

جل) وينصح E udyna، gel Retine Aنبدأ عادة باستعمال جل مساء لأنها ذات تراكيز منخفضة (جل

المريض بأن لايتعرض لأشعة الشمس مباشرة بعد تطبيق مثل هذه المركبات. المنطقة المصابة تغسل

جل".Retine gel Aببساطة بالماء وصابون خفيف قبل تطبيق الـــ"

الريتنوئيك أسيد فموياً نادراً ما نحتاج لها في العد الشبابي ويحتفظ بها للأعمار الأكبر للحالات الغير مستجيبة للأدوية التقليدية.

الأدوية الجهازية:

عدة أدوية جهازية التي تستعمل في البالغين لا تستقطب للأطفال. معلق الاريثروسين قد يستخدم للعد الشبابي للأطفال بدلاً من مركبات التتراسيكلين أو الدوكسي سايكلين التي تستعمل للكبار.

الأشكال الشبابية: إذا كانت الآفات منتشرة، فإن معلق الاريتروسين قد يستخدم.

عد البالغين: عدة أنواع من الأدوية تستخدم في البالغين، نوع الدواء يعتمد على شدة الآفات العمر والجنس.

يجب مناقشة سبب العد وإمكانية نجاح العلاج وإعطاء المريض فكرة واضحة عن ذلك.

العد الخفيف يحتاج فقط إلى معالجة موضعية، المرضى المصابون بعد شديد ومعتدل يحتاجون كلا المعالجتين الفموية والموضعية إلى جانب الخطوط الأخرى من الطرق الدوائية والتجميلية.

الصادات الحيوية فموياً تعطى غالباً لمدة طويلة قد تصل إلى 6 شهور، لكن المعالجة الموضعية سوف يحتاج لها طوال فترة المرض.

هذه الأدوية تشمل ما يلي:

"التتراسكلين": يعطى لفترة طويلة، عادة 250 ملغ، يعطى 4 مرات يومياً لمدة عشرة أيام والجرعة تخفض إلى مرتين يومياً لمدة عشرون يوماً ثم جرعة 250 مجم يومياً. الجرعة اليومية الوحيدة قد تعطى لمدة 1 ـ 6 شهور.

التتراسكلين والاريثروسين هي مثبطات الجراثيم خاصة في الجرعات العالية.

في الجرعات الصغيرة (500 ملغ/يوم أو أقل) هي لا تخفض عدد العوامل المحرضة لكنها تؤثر على وظيفتها، التتراسكلين ينقص انشطار الشحوم إلى حموض دسمة وجلنيسريدات ثلاثية الذي يلعب دوراً هاماً في المظاهر الالتهابية للعد.

(105/4)

الصادات الحيوية تثبط أيضاً عدة فعاليات انزيمية وتؤثر على الانجذاب الكيماوي ووظائف اللمفاويات.

يجب أخذ الحذر من التأثيرات الجانبية للتراسكلين.

الاريثروميسين: هو دواء فعال خاصة عند الأعمار الصغيرة والنساء في سن الإنجاب.

التراسكلين (وأقل منه الاريثروسين) يجب أن يؤخذ القرص مع الماء (ليس الحليب) قبل الطعام بنصف ساعة. الـــZithromax.هو دواء فعال لكنه أكثر غلاء من الاريثروميسين

"الدوكسي سيكلين والمونوسكلين":

دوكسي سكلين (100 ملغ/ يوم) والمونوسكلين (100 ملغ/ يوم) فعالة لكنها أكثر غلاء.

لقد وجدنا أن الدوكسي سكلين مقبولاً من المرضى، أكثر فعالية من المينوسكلين وتأثيراته الجانبية اقل.

الجرعة هي 100 ملغ/ مرتين يوميا لمدة عشرة أيام ، الجرعة تخفض إلى 100 ملغ/يومياً لمدة 20 يوم و100 ملغ/ يوم إلا يوم لمدة ثلاث شهور أو لفترة أطول حسب استجابة الآفات.

أقراص الدوكسي سكلين مفضلة أكثر من الكبسولات بسبب التخريش الهضمي الأقل.

المعالجة الفموية يجب أن تعطى على الأقل لمدة 6 شهور بالمشاركة مع المعالجة الموضعية.

الترا يمثيوبريم: (400 – 600ملغ/يوم) هى ذات فعالية متساوية، يمكن أن يحتفظ به كمضاد حيوي كخط ثالث.

الكليندامسين: مفيد بسبب اغلاله بالدسم ويجب أن لايستخدم روتينياً بسبب احتمال خطر حدوث التهاب القولون الغشائي الكاذب.

معالجة الآفات العدية التي لاتستجيب للعلاجات التقليدية عند البالغين:

تغيير الصاد الحيوي إلى الترا يميثوبريم.

بروديزون: 2.5 ملغ صباحاً و 5 ملغ عند النوم مساء لكي تخفض الاندروجنيات الكظرية، قد يفيد في الحالات الشديدة الغير مستجيبة للخطوط العلاجية العادية، تثبيط الاندروجين الكظري يؤدي إلى إنقاص إفراز الزهم وبالتالي إلى تحسن حبوب الشباب.

" قد يكون فعالاً في السيطرة على العد الشديد عند الفتيات الصغيرات. Dianeمضادات الاندروجين: مثل"

(106/4)

---

35) . 2Diane ملغ مشاركة مع 50 مكغ ايثيل استراديول (CPA)سيبروتيرون استيات :(

) يبدو إنه ذو قيمة عند النساء المصابات بعد معند وقد 35CPA مايكرو جرام ايثيينل استراديول و 2 ملغ (يفضل على طرق المعالجات الأخرى.

السبيرونولاكتون: 100 ــ 200 ملغ/ يوم لمدة 6 شهور ذو فائدة أيضاً عند النساء المسنات. عند الذكور قد تستخدم بنجاح.25CPA ملغ

) لمرضى العد. للمرضى المصابين بالعد المعند أو المعتدل أو Dianeايزوتريتونون: أكثر فعالية من (الشديد أو عندما لايتوفر مضاد الاندروجين فإن الايزوتريتنون هو المعالجة المختارة. الايزوتريتنون قد يؤدي لفائدة إذا ما قورن بالمعالجات التقليدية ومضادات الاندروجين.

ايزوترتينون هو دواء فعال في نفس الوقت خطير قد يسبب تشوهات للجنين إذا أعطي للحوامل لذا من الأهمية بمكان استخدامه مع مانع حمل ملائم. محاذير الاستطباب لهذه الأدوية خاصة عند النساء يجب أن تؤخذ بالاعتبار بشكل مشدد. التشوهات الجنينية والاختلاطات الأخرى قد تحدث مع هذه الأدوية.

يجب الحذر وإنذار المريض بأن الحمل يجب أن لا يحدث حتى شهر أو ثلاث شهور على الأقل بعد إيقاف العلاج. اختبارات الحمل يجب أن تكون سلبية قبل استخدام الدواء وينصح بأن الدواء قد يبدأ به في اليوم الثالث من الدورة الشهرية.

الجرعة المنصوح بها هي: 0.5 ــ 1 ملغ/كغ للمرضى الأصغر ولفترة 4 شهور.

يؤثر الايزوتريتنون على كل العوامل المؤهبة المشمولة في العد بجرعات 0.5 ــ 2 ملغ.

آلية تاثير الايزوتريتنون:

1 ــ يخفض إفراز الزهم.

2 ــ يخفض الجراثيم المستعمرة للسطح والأقنية، خاصة البروبيونات العدية ويخفض تدريجياً تقرن الأقنية.

" ويخفض آلية IgE المساعدة مع زيادة لاحقة في الجلوبولينات المناعية بما فيها"3T ــ يحرض الخلايا (.Chemotaxisإنجذاب الكيماوي)

4 ــ له تأثير على الجراثيم، الخلايا القرنية في الأقنية وتشكيل الالتهاب وتشكيل الزؤثات.

(107/4)

الداخلي المنشأ.5A ــ يؤثر على تمايز الخلايا يحتمل أن يكون ذلك كنتيجة للتدخل في استقلاب الفيتامين معالجة الندبات التالية للعد:

تقشير بحموض الفواكه مثل حمض الجليكوليك، وهذه المستحضرات متوفرة بعدة تراكيز 10% ــ 70% التركيز القليل 10% يمكن ان يستخدم عند المريض حسب نصيحة الطبيب المعالج.

": يعطي نتائج جيدة للندبات السطحية والتجعدات السطحية.Peelingالتقشير "

الأشعة فوق البنفسجية: مفيدة في بعض الحالات خاصة في آفات العد المختلطة من حطاطات وحويصلات إذ تثير تقشيراً سطحياً وتؤدي لتحسن الآفات الجلدية. الندبات العميقة تحتاج لإصلاح بواسطة PUVA تقشير الجلد للندب العدية وحقن كولاجين موضعياً أو حقن شحمي.

:2 هو يستخدم حاليا لتنعيم وإصلاح النديات السطحية.Coإزالة السطح بالليزر

Co2الشكل رقم 383: معالجة العد بالليزر

جراحي

الشكل رقم 384 ا: تقشير الندبات العدية

Co2بـــ ليزر

": هي طريقة استخدمت لفترة طويلة لمعالجة الندبات التالية للعد، تجري Dermabrasionحف الجلد " بفرشاة تدور تطبق على الندبات، هذه الطريقة تحتاج إلى حذر وأكثر أثناء العمل بسبب النتائج غير المرغوبة التي قد تنجم.

الشكل رقم 384ب: عدي ندبي

الشكل رقم 384 ج : معالجة ندبات العد بالليزر

المراجع

Pacemaker M, Carioca JJ, Simpson NB. Acne in schoolchildren: no longer a concern for dermatologists. Br Med J 1989; 19–1217 :298

1

Munro-Ash man D. Acne vulgaris in a public school. Trans St John's Hosp Dermatol Soc 1963; 49: 8–144

2

Sneddon J, Sneddon I. Acne excoriates: a protective device. Clin Exp Dermatol 1983; 8–65 :8

3

Caramaschi F, Del Corne G, Favare C et al. Chloracne following environmental contamination by TCDD in Seveso, Italy. Int J Epidemiol 1982; 43–135 :10

4

Jones C, Bleehen SS. Acne induced by PUVA treatment. Br Med J ;1977 ii: 866

5

Plewig G, Fulton JE, Kligman AM. Pomade acne. Arch Dermatol 1970; 4–580 :101

6

Bhutani LK, Malhotra YK, Kandari M. Vegetable oils and acne form lesions. Indian J Dermatol 1970; 36: 119

7

Caramaschi F, Del Corne G ,Favare C et al. Chloracne following environmental contamination by TCDD in Seveso, Italy. Int J Epidemiol 1982; 10: 43–135

8

Cunliffe WJ, Cotterill JA. In: The Acnes. London, WB Saunders, 1975

9

Vahlquist A, Rollman O ,Holland DB et al. Isotretinoin treatment of severe acne affects the endogenous concentration of vitamin A in sebaceous glands. J Invest Dermatol 1990; 8–496 :94

10

Stewart ME, Pochi PE. Antiandrogens and the skin. Int J Dermatol–17:167 ;1978 79

11

Stankler L, Campbell AGM. Neonatal acne vulgaris: a possible feature of the fetal hydantoin syndrome. Br J Dermatol 1980; 5–453 :103

12

Ebling FJ, Thomas AK, Cooke ID et al. Effect of cyproterone acetate on hair growth, sebaceous secretion and endocrine parameters in a hirsute subject. Br J Dermatol 1977; 97: 81–371

13

Orentreich N, Durr NP .The natural evolution of comedones into inflammatory papules and pustules. J Invest Dermatol 1974; 62: 2–316

14

Ebling FJ. Hormonal control and methods of measuring sebaceous gland activiry. J Invest Dermatol 1974; 71–161 :62

15

Kaidbev KH, Kligman AM. The pathogenesis of topical steroid acne. J Invest Dermmatol 1974; 62: 6–31

16

Mills OH, Kligman AM .Ultraviolet phototherapy and photochemotherapy of acne vulgaris. Arch Dermatol–221 :114 ;1978

17

Sneddon J, Sneddon I. Acne excoriée - a protective device. Clin Exp Dermatol

1983; 8: 8–65

18

(109/4)

Cunliffe WJ, Clayden AD, Could D et al. Acne vulgaris - its aetiology and treatment. A review. Clin Exp Dermatol 1981; 6: 9–461

19

Feucht CL, Allen BS, Chalker DK et al. Topical erythromycin with zinc in acne. A double-blind controlled study. J Am Acad Dermatol 1980; 3: 9–483

20

Bossche HV ,Comelissen F, Cutsem J van. Synergism of the antimicrobial agents miconazole and benzoyl peroxide. Br J Dematol 1982; 107: 8–343

21

Goldman L, Rockwell RJ Jr: Lasers in medicine, New York, 1971, Gordon&Breach

22

Garrett AB ,Dufresne RG, Ratz JL et al: Carbon dioxide laser treatment of pitted acne scarring, J Dermatol Surg Oncol 16:737,1990

23

Olbricht SM: use of the carbon dioxide laser in dermatologic surgery: a clinically relevant update for ,1993 J Dermatol Surg Oncol 19:364,1993

24

Dixon JA: Lasers in surgery ,Curr Peobl Surg 21:11,1984

25

Greenwood R, Jones DH, Brummitt L .Comparison of isotretinoin and cyproterone acetate - a clinical and laboratory study. In: Cunliffe WJ, Miller A, eds. Retinoid Therapy. Lancaster: MTP Press92–287 :1984 ,

26

Holland DB, Gowland G, Cunliffe WJ. Inflammatory responses in acne patients treated with 13-cis-retinoic acid (isotretinoin). Br J Dermatol5–343 :110 ;1984

27
Dai WS, Hsu M-A, Itri LM. Safety of pregnancy after discontinuation of isotretinoin. Arch Dermatol 1989; 5−362 :125
28
Cunliffe WJ, Miller AJ. In: Cunliffe WJ, Miller A, eds. Retinoid Therapy. Lancaster: MTP Press, 1984
29
Olsen TG. Therapy of acne. Med Clin North Am 1982; 66: 71−851
30

Cunliffe WJ, Forster RA, Greenwood ND et al. Tetracycline and acne vulgaris :a clinical and laboratory investigation. Br Med J 1973; iv5−332 :
31
Greenwood R, Burke B, Cunliffe WJ. Evaluation of a therapeutic strategy for the treatment of acne vulgaris with conventional therapy. Br J Dermatol 1986; 114: 8−353
32
Cibson JR, Darley CR, Harvey SG et al. Oral trimethoprim versus oxytetracycline in the treatment of inflammatory acne vulgaris. Br J Dermatol 1982; 107: 4−221
33
Cullen SI. Low dose minocycline therapy in tetracycline recalcitrant acne vulgaris. Cutis 197B; 4−101 :21
34
Harrison PV. A comparison of doxycyline and minocycline in the treatment of acne vulgacis. Clin Exp Dermatol 1988; 4−242 :13
35
Orentreich N, Durr NP. In: Frank SB, ed. Acne. New York: Yorke Medical Books, 1979
36
Orentreich N, Durr NP. Rehabilitation of acne scarring. Dermatol Clin 1983; 1(3):

13−405

37

Stegman SJ, Tromovitch TA ;1980 .Implantation of collagen for depressed scars.]

Dermatol Surg Oncol 3−450 :6 ;1980

38

Downing DT, Stewart ME, Wertz PW et al. Essential fatty acids and acne. J Am Acad Drmatol 1986; 14: 5−221

39

Cunliffe WJ, Shuster S .Pathogenesis of acne. Lancet 1969; i: 7−685

40

Cove JH, Holland KT ,Cunliffe WJ. An analysis of sebum excretion rate, bacterial population and the production rate of free fatty acids on human skin. Br J Dermatol 1980; 6−383 :103

41

Cotterill JA, Cunliffe WJ, Williamson B et al. Further investigations on the pathogenesis of acne. Br Med J 1972; ii: 6−400

42

Burton JL, Shuster S. The relationship between seborrhoea and acne vulgaris . BrJ.Dermatol 1971; 84: 600-l

43

Bunker CB, Newton JA, Kilbom J et a1. Most women with acne have polycystic ovaries. Br J Dermatol 1989; 80−675 :121

44

Beveridge GW, Powell EW. Sebum changes in acne vulgaris treated with tetracycline. Br J Dermatol 1969; 81: 7−525

45

Allaker RP, Greenman J, Osbome RH. The production of inflammatory compounds by Propionibacterium acnes and other skin organisms. Br J Dermatol 1987; ll7:

83–175

46

Walton S, Wyatt E, Cunliffe WJ. Genetic control of sebum excretion and acne. A twin study. Br J Dermatol 1988; 18: 6–393

47

Vahlquist A, Rollman O, Holland DB et al. Isotretinoin treatment of severe acne affects the endogenous concentration of vitamin A in sebaceous glands. J Invest Dermatol 1990; 8–496 :94

48

Hughes BR, Cuntiffe WJ. The effect of isotretinoin on the pilosebaceous duct in patients with acne. Br J Dermatol 1988; 281 :118

49

الفصل الثامن والأربعون...

أمراض الشعر

Diseases of Hair

تنشأ الشعرة من البشرة، و تبدأ في النمو حوالي الشهر الثالث أو الرابع من الحياة الجنينية.

بعد الولادة تتوزع الأجربة الشعرية على الفروة وأجزاء أخرى من الجسم وتصبح ثابته ولا تتكون بصيلات شعرية أكثر بعد ذلك.

يوجد نوعان من الجلد: الجلد الذي يغطي بالشعر، والنوع الآخر الأحلس (لا شعر فيه)، غير مغطي بالشعر حتى بعد البلوغ. جلد الأطفال يغطي بشعر فاتح اللون وناعم يعرف باسم "الشعر الوبري" وهو يميل لأن يصبح أكثر كثافة على الوجه، الأطراف والجذع. الشعر الوبري يزول خلال الأشهر الأولى من الحياة ويستبدل بالشعر الزغابي.

الأنواع المختلفة للشعر:

ــ الشعر الوبري:

هو شعر ناعم، فاتح اللون، يغطي معظم سطح كل الجلد ما عدا الراحتين والأخمصين والسطح الأحمر للشفتين قرب الوصل الجلدي المخاطي.

ـــ الشعر الزغابي:

هو شعر ناعم، فاتح اللون عادة ويشاهد بشكل وضعي على وجه وأطراف الطفل وهو عادة يغطي الجلد الأنثوي كذلك.

ـــ الشعر الانتهائي:

هو شعر خشن، سميك ومصطبغ. قد تولد الأجربة الشعرية شعراً زغابياً في البداية، وفي النهاية تحت ظروف معينة يتحول إلى شعر إنتهائي.

يختلف شكل الشعر حسب الموقع والعمر والجنس والعِرق وعوامل أخرى مثل الهرمونات الجنسية بشكل رئيسي.

حلقة نمو الشعر

Hair cycle

تطور وتوزع الجريبات الشعرية:

الأجربة الشعرية تظهر أولاً في مناطق الحاجبين، والشفه العليا والذقن في حوالي الأسبوع الحملي التاسع، وفي مناطق أخرى في الشهر الرابع الحملي.

الجريبات الشعرية في الفروة يتطور بعد حوالي ستة شهور بعد الولادة.

العدد الكامل للأجربة في البالغ (الرجل البالغ) يقدر بحوالي 5 ملايين. منها حوالي مليون في فروة الرأس (الوجه، الحاجبين، الشاربين، الأجفان).

دورة نمو الشعرة :

نمو الشعرة له دورة محددة. الشعر لا يستمر بالنمو إلى ما لا نهاية. الأجربة الشعرية تنمو بمتوالية تسمى "حلقة نمو الشعر". نمو الشعر يمر بعدة مراحل وبتوازن خاص في الأشخاص الطبيعيين حيث أن الأشعار النامية تمثل الغالبية.

بنية الجلد وملحقاته

الشكل رقم 385: دورة حياة الشعر...

الشكل رقم 386:مكونات الجلد وزوائده

"1Anagen ـــ طور النمو : "

طور نمو الشعر يستغرق حوالي 3 شهور أو أكثر حسب الموقع. خلايا الأجربة تنمو وتنقسم وتصبح

متقرنة لتشكل شعراً نامياً حيث إن قاعدة جسم الشعر تكون رطبة وطرية. القسم الأكثر اصطباغاً يبدو مباشرة فوق البصيلة الشعرية. الشعر النامي عند الأشخاص السليمين يشكل حوالي 90% من كامل الشعر.

":2Telogen ــ طور الراحة"

(113/4)

الأشعار في طور الراحة تكون في حالة من الراحة والتي تستمر حوالي 3 شهور، حيث إن قسماً من الشعر النامي (حوالي 10%) يمر بهذا الطور قبل السقوط.

" حيث يسقط عندما ينمو شعر جديد.Club Hairالشعر في طور الراحة يسمي أيضاً شعر الد بوس "

"3Catagen: ــ طور التحول (طور السقوط) "

يخضع هذا الشعر إلى التحول من الطور النامي إلى طور الراحة حيث يتوقف نمو الشعر ويدخل الشعر في مرحلةhair Club. "

عندما يقترب الشعر من نهاية طور النمو، فإن تغيرات متعددة تحدث في الجراب .

في الظروف الطبيعية، معظم الشعر يكون في طور النمو، وغيرها في طور الراحة ونسبة مئوية قليلة من الشعر تكون في طور الانتقال أو طور السقوط.

الفروة الطبيعية تحتوي على مئة ألف (100.000) جريب شعري. نمو شعر الفروة اليومي هو حوالي: 0.35 مم في اليوم.

فترة النمو في شعر الفروة حوالي ستة شهور.

عدة عوامل تؤثر على طور النمو خاصة الهرمونات، الأمراض المدنفة الجهازية ــ الشدة أو التوترات العصبية ــ الحمل ــ الإرضاع، العوامل النفسية وعوامل أخرى.

في مثل هذه الحالات يكون طور النمو قصيراً ومعظم الشعر يمر بطور الراحة. يتساقط شعر الفروة بشكل طبيعي بمعدل حوالي: 100 ــ 120 شعرة / يوم. الشعر المتساقط يعوض بعد ذلك.

إن البعض يخاف من حدوث الصلع بسبب تساقط عدد من شعرها يومياً والجواب المقنع هو أنه إذا كانت هذه هي الحالة والشعر المتساقط لا يستبدل بشعر جديد، فإن كل الناس سوف يصبحون صلعاً.

الشعر في طور الراحة يتعرض للسقوط بدرجة أكثر وذلك لعدم ثبات الشعر وقلة تماسكه بالأصول. شعر الفروة يختلف في أن نموه لا يتطلب أي محرض اندروجيني، على العكس فإن زيادة الاندروجينات الجوالة

الزائدة قد تؤدي لتساقط شعر فروة الرأس .

مكونات الشعرة

Structure of hair

تتألف الشعرة من:

(114/4)

جسم الشعرة: أو الجذع الذي يتشكل في النهاية السفلي، حليمة الشعرة. جسم الشعرة ينشأ من الخلايا

" الجليدة" والجزء الداخلي Cuticle أو Sheathالكيراتينية. يتألف جسم الشعرة من الجزء الخارجي

حيث تبدأ من القمة وتنتهي قرب البصيلة.Medulla"اللب"

جريب الشعرة قد ينتج الشعر الوبري في الحياة الجنينية وفي سن البلوغُ يكوّن الشعر الانتهائي.

الشكل رقم 387: مكو نات الشعرة

" هو الجزء داخل الجراب الشعري من البصلة. خارج جذر الشعرة هو الجلدية Matrixجذر الشعرة أو "

، الطبقة الجذرية الداخلية تتألف من الجليدة وطبقتين ضامتين من الخلايا، طبقة الـــ "Cuticleالشعرية

" "Henele." وطبقة هائلىHuxley

الطبقة الخارجية للجذر تمتد من البشرة إلى بصلة الشعرة، وتتسمك قرب البشرة وتصبح ضعيفة في

جزءها السفلي. الغدة الزهمية تنشأ منها.

بصلة الشعرة هي كتلة متسعة من الخلايا البشروية التي تعطي أشكالاً مختلفة من الخلايا الكيراتينية،

البصلة وجزء من الجسم يكونان محتويان في جراب الشعرة.

ألوان الشعر

" والمسافات المتداخلة بين الألياف.Matrixلون الشعر يعتمد على درجة تشكل الميلانين في ألياف المنبت"

" الميلانين في جراب الشعرة يتصنع في سيتوبلاسما الخلايا Matrixيبدأ تصبغ الميلانين في ألياف المنبت"

الصباغية.

الصباغ الأسود أو الرمادي في الشعرة يتألف من تيروزين ــ ميلانين، بينما اللون الأشقر والأحمر فإن

الصباغ هو الفينو الانين.

لون الشعر الأسود: في هذا الشكل، يحتوي الخلايا الصباغية جسيمات صباغية كثيفة.

الشعر البني: يكون لون الخلايا الصباغية أصفر.

الشعر البني الفاتح: يتألف من مزيج من الجسيمات الصباغية للشعر الأسود والأجسام الصباغية الغير كاملة للشعر الأسود.

الشعر الأحمر: يحتوي صباغ الحديد، يندخل أو يترسب الميلانين بشكل غير تام في ألياف المنبت Matrix.""

الشعر الرمادي: الفعالية المولدة للصباغ ناقصة.

الخلايا الصباغية والأجسام الصباغية ناقصة.

(115/4)

غياب فعالية التيروزنياز.

عوامل تؤثر على لون الشعر:

العمر

العِرق

تغيرات استقلابية: مثل البروفيريات وداء القشر (الكواشيركور).

الأدوية: كلوروكوين لمدة طويلة قد يسبب تصبغ الشعر.

"، الارتكاس عادة عكوس حيث أن اللون Phaeomelaninيتدخل الكلوروكوين بتشكيل الصباغ القاتم" يعود للطبيعي خلال عدة شهور بعد إيقاف الدواء.

المستحضرات الموضعية: الدايثرانول وكريساروبين تلون الشعر ذو اللون الفاتح أو الرمادي بالبني الـــ" ." الريزورسين استخدم سابقاً بكثرة في عدة أمراض جلدية إذ يلون الشعر الأسود أو Mahogany الأبيض باللون الأصفر أو البني المصفر.

الميفينيزين ــ ايثر الغليسيرول يستخدم لعلاج الأمراض المترافقة بتشنج عضلي يسبب ذلك نقص تصبغ في الأشخاص ذوي الشعر الأسود.

التري بارانول: هو دواء خافض كوليسترول الدم وفلوروبوتيل ومنيون، هو دواء مضاد للنفاس قد يسبب تغير في لون الشعر.

المينوكسيديل والديازوكسيد، هما دواءان فعالان لخفض ضغط الدم المرتفع، كلاهما يسبب فرط شعر

وقتامة لون الشعر.

الديازوكسيد يسبب إحمرار في الشعر، بينما المينوكسيديل تجعل لون الشعر أغمق خاصة بانقلاب الشعر الزغابي إلى شعر انتهائي.

الهيدروكينون والفنيل ثيوريا تتدخل في فعالية التيروزين، محدثاً نقص تصبغ في الجلد والشعر.

أمراض الشعر

Diseases of hair

في هذا الفصل نورد ملاحظات مختصره على الأمراض الأكثر شيوعاً والشذوذات في شعر الرضع والأطفال، حيث إن بعض تلك الأمراض قد تكون هي نفسها عند مجموعات العمر الأكبر.

الحاصة البقعية (الثعلبة)

Alopecia areata

ضياع شعر موضعي أو معمم، يتعلق سواءً بسوء وظيفة الجريب الشعري أو تخربه.

يوجد أنواع مختلفة من الحاصات تتعلق بشكل رئيسي بالسبب....

الشكل رقم 388: حاصة بقعية

المظاهر السريرية:

البقع بيضاوية أو مدورة حيث يبدو في المحيط مناطق خالية من الشعر مع ظهور بعض الشعر في الأطراف ويعطي ذلك شكل علامة الاستفهام؟.

عند نزع الشعرة تظهر بصلة الشعر ضامرة.

سطح الفروة في المنطقة عادة ملساء.

ضياع الشعر قد يستمر وينتشر محيطياً مشكلاً مناطق جديدة خالية من الشعر أو عودة بعض الشعر للنمو قد يحدث مؤخراً. الشعر النامي الحديث يكون أقصر وأفتح لوناً وأحياناً أبيض ناقص الصباغ.

في الحالات المستمرة من الحاصة، قد يحدث تنقيط بأظافر الأصابع .

المسببات:

الانتانات الموضعية في الفروة: مثل التهاب الأجربة الشعرية، سعفة الرأس والقراع.

1 ــ أمراض الجلد: الحزاز المسطح ــ الذئبة الحمامية القريصية.

2 ـــ الانتان البؤري.

3 ـــ التهاب اللوزتين المزمن، التهاب الجيوب والبؤر الانتانية قد تتهم كعامل مُسبب للحاصلة.

4 ـــ الشذوذات السنية.

الانتانات في الأسنان

النخور السنية عند الأطفال، سواءً الانكسار والنواخذ المنطمرة (أسنان العقل) قد تكون من الأسباب عند الأعمار الأكبر للحاصة البقعية.

5 ـــ التوتر النفسي ـــ الاجهاد المزمن والصدمات العصبية والنفسية أيضاً تعتبر أسباباً مهمة للحاصة البقعية.

معظم حالات الحاصة البقعية التي نواجهها في الممارسة عند الأطفال تكون بسبب النخور السنية والتوترات النفسية، البؤر الانتانية في اللوزتين والجيوب وعوامل مناعية.

الشكل رقم 389: حاصة ندبية...

الشكل رقم 390: حاصة معممة...

الشكل رقم 391: حاصة ولادية

أشكال أخرى من الحاصة

1 ـــ حاصة شد الشعر:

هي الأشيع عند الفتيات الصغيرات في سن المدرسة حيث إن الأم بعد تمشيطها شعر الطفلة تشده بقوة وتثبته باتجاهات جانبية أو إلى الخلف صانعة مايسمي "ذيل الفرس" ومع الوقت يستمر هذا ويتكرر الشد إذ قد يحدث ذلك تراجعاً في الشعر، ويتظاهر أخيراً بالحاصة....

الشكل رقم 392: حاصة شد الشعر

2 ـــ حاصة الضغط:

يلاحظ هذا النوع عند الرضع الذين ينامون معظم الوقت على الناحية القفوية، حيث بالضغط المستمر على الناحية القفوية، فإن بقعة موضعية خالية من الشعر سوف تحدث.

الشكل رقم 393: حاصة الضغط...

الشكل رقم 394: حاصة شد الشعر

من المهم تعليم الأم أن تغير من وقت لآخر وضعية نوم الطفل وذلك بوضع وسادة على أحد من جانبية للحفاظ عليه بهذه الوضعية أثناء النوم.

3 ــ الحاصة في سياق الأمراض الحموية (المترافقة بحمى)

الحاصة قد تحدث أثناء أمراض جهازية مثل الحمى ــ والانتانات الجرثومية المتكررة المزمنة.

" اضطراب دورة نمو الشعر 4Telogen effluvium ــ انبعاث طور الراحة: "

هو ضياع مبكر وشديد في الشعر الطبيعي من أجربة طبيعية في الفروة. هذا الشكل أكثر شيوعاً عند الإناث وقد يحدث في فترة النفاس، ما بعد الحميات، بعد الولادة وبعد التخدير والجراحة وحالات ما بعد الرضوض.

زيادة زوال الشعر أكثر ارتباطاً بنوبات التوترات العصبية التي تسبق تساقط الشعر بـــ (6ــ16) أسبوعاً.

الشعر يظهر طبيعي إلى أن تبدأ عملية التساقط.

هذا الشكل عادة منتشر وغير شامل .

5 ــ الحاصة الغذائية:

سوء التغذية يؤثر على النمو والبنية لجسم الشعر وأحياناً على لون الشعر....

الشكل رقم 395: انبعاث طور الراحة

)Telogen Effluvium(

ــ السفل (المرازموس): ينجم عن العوز البروتيني الحروري، خاصة في السنة الأولى من العمر. الشعر يكون ناعماً وجافاً، قطر بصلة الشعر ينقص إلى ثلث الطبيعي وغالباً كل الجريبات تكون في مرحلة الراحة.

ــ داء القشر (الكواشيركور): يحدث خلال السنة الثانية من العمر عند الأطفال المفطومين فجأة على حمية قليلة البروتين جداً وعالية الكاربوهيدرات.

تغيرات الشعر تشبه بشكل قريب جداً التغيرات الموجودة في السفل، لكن يوجد جريبات نمو رغم أن معظمها ضامر. في كلا الحالتين يكون الشعر كامداً ــ متقصفاً وسهل الإنقلاع وقد تحدث حاصة تامة أو جزئية. الشعر يكون أقل لمعاناً. بعض أجسام الشعر قد تبدي إنكماشاً ويزداد قابليته للرض البسيط يؤدي لتساقط الشعر.

ــ عوز الحديد: يترافق أحياناً مع حاصة منتشرة حتى في غياب فقر الدم.

(118/4)

ـــ عوز الزنك: ينجم عن قصور في الامتصاص يؤدي إلى نشوء حاصة وتغيرات جلدية مثل التهاب جلد النهائي المعوي وعوز الزنك ما قبل الولادة.

قد يتظاهر عوز الزنك بالحمامي ـــ التقشر ـــ الفقاعات وضياع الشعر .

عوز الحديد قبل الولادة قد يؤدي أيضاً إلى عوز في الحموض الدسمة الضرورية، هذا يؤدي إلى حمامي وتقشر في الفروة والحاجبين وحاصة منتشرة.

6 ـــ الحاصة الاستقلابية:

في بيلة الهوموسيتين: وهي خطأ استقلابي ولادي في طرق استقلاب الميثونين. الشعر يكون متفرقاً وناعماً وأشقراً.

في بيلة حمض البول العائلية: وهو خطأ استقلابي ولادي نتيجة اضطراب في استقلاب البيريميدين

يتصف: بتخلف عقلي وجسمي، فقر دم كبير، الشعر ناعم وقصير ومتناثر.

أخطاء هيستدين ـــ التيروزين والآرجنين الاستقلابية: الشعر يكون جافاً فاقداً لمعانه وشعر متجعد (ملتف).

7 ـــ الحاصة الندبية (اللاعكوسة):

الانتانات سواء الجرثومية أو الفطرية وبعض الأمراض الجلدية مثل الذئبة القريصية والحزاز المسطح قد تسبب تخرب في الأجربة الشعرية وإلى حاصة ندبية....

الشكل رقم 396: حاصة ندبية (لاعكوسة)

8 ـــ الحاصة الغدية المنشأ: تحدث في سياق قصور الدرق وفرط نشاط الدرق.

9 ـــ الحاصة الهامشية: عادة هذا الشكل يحدث في العروق السوداء حيث يوجد ضياع في الشعر من الهوامش.

"10Trichotillomania: ـــ هوس نتف الشعر "

هذا الشكل يلاحظ عند الأطفال المصابين بالتوترات النفسية والذين يشدون شعر الفروة وشعر الأجفان والحاجبين.

11 ـــ الحاصة الدوائية:

عدة أشكال من الأدوية قد تحدث ضياع شعر: الميثوتركسات في معالجة السرطان، الثاليوم، الكوليسيشين، لفترة طويلة قد تحدث حاصة.Aالأدوية السامة للخلايا. تناول فيتامين

الستيروئيدات القشرية قد يحرض حاصة منتشرة في الفروة مع تشكل شعر وبري في أي مكان.

مضادات التخثر: الهيبارين والكومارين قد تسبب حاصة.

: 12A ـــ الانسمام بالفيتامين

(119/4)

يؤدي لنشوء تناذرات مختلفة والمظاهر الرئيسية هي: جفاف Aاستهلاك كميات كبيرة من الفيتامين وتوترات عصبية وأحياناً تصبغ في الجلد، تقليل سماكة شعر الفروة والجسم والحاجبين والرموش، نقص الوزن، التعب، فقر الدم وألم عظمي. الكبد والطحال أحياناً يتضخمان.

13 ـــ الحاصة الوراثية:

هي شكل وراثي جسمي ذاتي قاهر من الحاصة حيث العوامل العرقية تلعب أيضاً دوراً مهماً.

14 ـــ الحاصة البقعية المناعية الذاتية:

عدة أمراض مناعية ذاتية قد تترافق مع حاصة وهي:

ـــ الحاصة المترافقة مع أمراض الدرق.

ـــ ترافق البهق مع الحاصة.

ـــ فقر الدم الخبيث.

ـــ الذئبة الحمامية الجهازية، التهاب المفاصل الوراثي، الألم العضلي الرثوي العديد، الوهن العضلي الوخيم، التهاب القولون القرحي، الحزاز المسطح وتناذر اعتلال الغدد الصم ـــ المبيضات....

الشكل رقم 397:حاصة و بهق (مناعي ذاتي)

"15Pseudopelade ـــالحاصه البقعيه الندبيه: "

هذا المصطلح يستخدم لتعريف الحاصة البقعية الندبية المترقية ببطء التي تظهر على الفروة دون سبب معروف أو مظاهر سريرية تفسر حدوثها.

الحالة قد تحدث عند الأطفال، لذلك تعتبر بشكل عام كتناذر سريري قد يكون نتيجة نهائية لأي واحد من عدة حدثيات مرضية مختلفة.

الحزاز المسطح والذئبة الحمامية قد تؤدي لآفة سريرية مشابهة تماماً. البقع المصابة تكون ملساء، طرية ومنخفضة قليلاً، وفي مرحلة باكرة من التطور في أي بقع شخصية يوجد بعض الإحمرار أحياناً، تميل

البقع لكي تكون صغيرة ومدورة أو بيضوية، لكن بقع صلع قد يتشكل بتجمع عدد من الآفات. الشعر في المناطق غير المصابة يكون عادة في حالة طبيعية.

16 ـــ الحاصة الناجمة عن عوامل فيزيائية:

الحروق والأشعة السينية العميقة تسبب هذا الشكل من الحاصة.

17 ـــ حاصة مواد التجميل:

بعض أسباب هذا النوع من الحاصة:

(120/4)

المواد الكيماوية في مستحضرات التجميل مثل الشامبونات القلوية الشديدة، بعض المستحضرات الموضعية على الفروة، مركبات الشعر وأصبغة الشعر والمركبات التي تستخدم لفرد الشعر المتجعد .

هيدروجين بيروكسايد أو كيماويات أخرى في أصبغة الشعر.

الاستخدام المفرط للمشط الحار أو السيشوار وتصفيف الشعر الجائر.

18 ـــ الحاصة الاندروجينية:

الصلع الجزئي يظهر أولاً على قمة الرأس أحياناً، لكنه في معظم الحالات تظهر الحاصة الاندروجينية عند الإناث وتؤدي إلى ضياع شعر منتشر وأحياناً ظهور حبوب الشباب .

استبدال الأشعار الانتهائية بأشعار ناعمة أكثر وتكون قصيرة وغير مصطبغة.

وفي هذا النوع من الحاصة يكون الشعر الزغابي متداخلاً مع شعر طبيعي وبعض الشعر يكون رفيعاً ومتقصفاً.

الشكل رقم 398: الحاصة الاندروجينية

(حاصة مع حبوب الشباب)...

الشكل رقم 399: نفس المريض (بعد العلاج)

معالجة الحاصة الاندروجينية:

مضادات الاندروجين:

التأثيرات الجانبية لمضادات الاندروجين يحد من استخدامها عند الذكور. عند الإناث يوجد بعض الأدلة النوعية لنمو الشعر باستخدام السيبروتيرون اسيتات، لكن بشكل عام هذا الدواء، بجرعة 50 ـــ 100 ملغ /

يوم مع الايثنيل استراديول، قد يقال أنه يمنع الترقي الزائد في ضياع الشعر.

المواد الموضعية:

) هو مستحضر موضعي يستخدم لمعالجة تساقط الشعر وهو Regaineالمينوكسيديل: محلول 2%–5% (

) وتأثيره هو موسع وعائي فعال وقوي يؤثر فموياً بفعالية لتخفيض Piperidinopyrimidineمشتق من (

ضغط الدم الشديد.

الدواء يجب أن يستخدم مرتين يومياً لفترة طويلة ليست أقل من 6 أشهر. عندما يطبق الدواء موضعياً والحاوي على 10% بروبيلين غليكول، فإن المينوكسيديل قد يبدي انقلاب الشعر الزغابي إلى نوع انتهائي في حوالي 30 % من الأشخاص.

19 ــ الحاصة الشاملة:

تحدد عادة بصفة وراثية جسمية ذاتية مقهورة كتأثير معزول، بعض الحالات المفردة قد تكون مترافقة مع عسر تصنع الأدمة.

(121/4)

شعر الفروة غالباً طبيعي عند الولادة لكنه يزول بعمر بين الشهر الأول والسادس إذ بعد ذلك لايحدث نمو زائد للشعر.

الشكل رقم 400: حاصة ولادية...

الشكل رقم 401: حاصة شاملة

الحاصة الشاملةAlopacia totalis

غياب شعر الفروة وكامل شعر الجسم. قد تحدث الحالة فجأة أو خلال عدة أيام أو شهور.

الشكل رقم 402 ا–: حاصة شاملة...

الشكل رقم 402 ب–: حاصة شاملة...

الشكل رقم 403ا : حاصة شاملة

في بعض الحالات قد تكون الفروة خالية من الشعر تماماً عند الولادة حيث أن الطفل يعيش مصاباً بحاصة واضحة.

شعر الحاجبين، الرموش وشعر الجسم قد يتساقط أيضاً.

الأسنان والأظافر طبيعية ولا تتأثر الحالة العامة. والذكاء وتوقع الحياة طبيعي.

)20Congenital alopecia ــ الحاصة المحددة الحواف في الناحية التناسلية (

الحاصة الوليدية

هذا الشكل يترافق عادة مع تشوهات أدمية أخرى.

الأشكال السريرية:

الحاصة الوحمانية (الوحمية الشكل)

الوحمات البشروية عادة خالية من الشعر وتبدو بشكل لوحات مدورة قليلاً ملساء أو ثؤلولية....

الشكل رقم 403ب: ثعلبة وحمية

عدم التصبغ: في كل طبقات الجلد ينجم عن الخلل الولادي، عادة يوجد منطقة خطية أو دائرية في التندب) قد تحدث باكراً في Pseudopalade المنخفض قليلاً تحت سطح الفروة، يظهر بشكل شائع على القمة. (الرضع بالترافق مع تناذرات وراثية معينة مثل السلس الصباغي وتناذر كونرادي.

الحاصة اللاندبية المحددة الحواف: (العكوسة) غير شائعة، وهي نتيجة لنقص التصنع أو عدم تصنع مجموعة من الجربيات، البقع بالفروة قد تحدث بين الشهر الثالث والسادس من العمر، وقد تتظاهر بأشكال مختلفة.

الحاصة القمية: صغيرة وغالباً تظهر بقع متعددة تغطي سمت فروة الرأس أو القمة القحفية.

الحاصة المثلثة: منطقة مثلثة الشكل تغطي بعض مناطق الجبهة والصدغ إلى القرب من الخط الشعري الأمامي، وقاعدته متجهة للأمام.

(122/4)

الحاصة الدهنية: تحدث بحالة شديدة من الزهم حيث أن الشعر يضيع بشكل معمم أو منتشر.

الحاصة الشعرية العقدة: هي تقصف في الشعر بسبب سوء وظيفة الجربيات الشعرية وتحدث تورم عقدي على طول الألياف المؤدية إلى تكسر الألياف الشعرية وحاصة.

داء شعر "منكي ــ كنكي"

الشعر يصبح متفرق، متجعد وقصير بسبب تكسر الألياف.

قد يصاحب ذلك بعض الشذوذات العقلية والجسمية وقد يؤدي هذا النوع من المرض إلى الوفاة.

طرق التشخيص:

النحاس في المصل ينقص مع تراكم النحاس في كل خلايا البدن.

التناذرات المترافقة مع الحاصة (الثعلبه)

1 ــ الحاصة الشاملة:

هذا التناذر يتصف بـــ:

صمم خلقي

فرط تقرن شوكي

حاصة شاملة

مرجلات معدية معوية تتظاهر بإقياء، إسهال وألم بطني

2 ــ تناذر بابيلون ــ ليفر

المظاهر السريرية:

فرط تقرن راحي اخمصي

فرط تعرق

حاصة

3 ــ نقص التصبغ الشعر ــ الغضروف

المظاهر السريرية:

شعر ناعم ومتفرق شاذ عند الطفل

قزامة نهايات

انتانات طرق تنفسية متكررة

4 ــ تناذر مارينسكو ــ جوكرن

المظاهر السريرية:

ساد خلقي

تخلف عقلي

رنج مخنجي

شعر متفرق متقصف ناعم

5 ــ تناذر ــ هولمان ــ ستريف

المظاهر السريرية:

نقص أشعار

مظاهر مثل وجه الطير

صغر رأس

صغر فك

ساد خلقي

6 ــ حاصة ورمية دهنية

حاصة

فرط رخاوة المفاصل وفرط مرونة المفاصل

7 ــ الشياخ (بروجيريا)

مظاهر التطور تظهر بعد السنة الأولى من الحياة

المظاهر السريرية:

شيخوخة مبكرة

صلعة كبيرة رأسية، غياب الأجفان والرموش

الجلد: متجعد ، متصبغ وضامر

النسيج الشحمي تحت الجلد ناقص أو غائب

8 ــ تناذر تورنر

المظاهر السريرية:

حاصة جبهية

خط شعر منخفض خلف فروة الرأس

تجنح نموذجي

قامة قصيرة

أذنان بارزتان

زيادة زاوية الحمل باليد

"Cubits - Vulgarالقدم القفداء الفحجاء"

ترهل جلدي

تجنح عنق

تضيق برزخ الأبهر

9 ــ تناذر نونان

المظاهر السريرية هي ذاتها في تناذر تورنر بدون تضيق برزخ الأبهر

10 ــ تناذر كليبل ــ فيل .

(123/4)

يحدث عند الفتيات بشكل رئيسي

المظاهر السريرية:

خط الشعر الخلفي منخفض

رقبة قصيرة

التحام فقرات الرقبة

العين: رأرأة وحول .

حنك مشقوق .

11 ــ تناذر وورنر

المظاهر السريرية:

حاصة

شيب شعر مبكر

قامة قصيرة

ضمور العضلات والنسيج الشحمي تحت الجلد

أطراف منقارية بسبب ضمور العظم والمناقير (التنكس العظمي)

الساد

تبدلات جلدية: تبكل جلدي ــ فرط تصبغ منتشر مع شيب قاتم وفرط تقرن

قصور أقفاد

12 ــ تناذر غراهام ليتيل

يحدث غالباً بعد البلوغ ويتصف بـــ:

حاصة ندبية لا عكوسة في الفروة.

حاصة غير ندبية عكوسة في شعر الإبطين والعانة.

حزاز مسطح شعري.

(الصلع الكاذب Peudopalade.)

معالجة الحاصة البقعية:

المعالجه العامة

إصلاح العوامل المؤهبة مثل فقر الدم، العوامل العاطفية، الانتانات وغيرها.

الكثير من الحالات عادة عكوسة، الشعر قد يبدأ بالنمو في منطقة الصلع بوقت قصير أو طويل بدون معالجة.

المستحضرات الموضعية

يستخدم عدة مستحضرات لعلاج الحاصة، حيث أن بعضها ذو تأثير مفيد أحياناً، بينما الأخرى تستخدم من أشخاص غير خبراء، في كثير من الحالات تكون النتيجة إضاعة الوقت والجهد والمال وحدوث إختلاطات.

الطريقة الأبسط هي دهن المنطقة بالمبيغات (المخرشات) مثل صبغة اليود أو محلول السورالين " قد يسبب تخريش وحمامي بسبب زيادة توسع الأوعية الدموية بالمنطقة (تبيغ المنطقة). "Melladenin وبعد زوال التخريش فإن الشعر يبدأ بالنمو.

الطرق البسيطة والبدائية للمعالجة التي ينصح بها الحلاقون (الذين هم غالباً أول من يكتشف الحاصة) هي تشطيب المنطقة بشفرة الحلاقة وفركها بشدة بفص واحد أو أثنين من الثوم. على الرغم من أن ذلك قد يسبب تخريش شديد، إلا أنه ومن الأمانة القول: أننا نواجه بعدد من المرضي الذين يكونون راضين من نتائج المعالجة وقد عاد شعرهم للنمو من جديد.

(124/4)

"، Capsicum ، والـــCanatharides بعض المستحضرات الموضعية قد تستخدم وتحوي الزراحين" وصبغة اليود والغابوراندي وغيرها.

مستحضرات المينوكسيديل: قد تعطي نتائج جيدة إذا استخدمت لفترة طويلة (6 ــ 8 أشهر).

الستيرويدات القشرية: قد تعطي نتائج جيدة، إذا استخدمت لفترة طويلة.

الستيرويدات القشرية الموضعية:

) بواسطة سرنيج أو محقن جلدي.Leddercortالتشريب الموضعي بالترايام سينولون (

يجب الانتباه جيداً لاستخدام الستيرويدات المركزة لكي لاتسبب ضمور جلدي أو نقص تصبغ الذي ينجم عن التراكيز العالية من الستيرويدات القشرية أثناء تشريب المنطقة.

Depotالأدوية الجهازية: نادراً ما نحتاج لها، في الحالات الشديدة قد نحتاج إلى البردنيزون (أقراص) أو حقن مرة أسبوعياً لمدة 1ــ2 شهر .Medrol

الفصل التاسع والأربعون أمراض الأظافر

Diseases of Nails

تبدلات الأظافر قد تكون بدئية حيث تصيب الأظافر أو ثانوية لأمراض جهازية.

ضخامة الأظافر:

)Mal De Meledaقد تكون ناجمة عن: خلقية في داء الميليد (

مكتسبة: الظفر يصبح مشوهاً مع مظهر مخلب السرطان.

الشكل رقم 411: أظافر ضخامية

(خلقية)

المسببات:

قد يكون ناجماً عن عدة عوامل أهمها :

عدم قص الأظافر بشكل منتظم ومتكرر .

الرضوض

الشكل رقم 412: داء الميليدا (ضخامة ظفرية)

الجذام

اضطرابات الأوعية الدموية المحيطية

ضمور الأظافر:

الظفر يصبح رقيقاً وشكله أثرياً وأصغر حجماً.

ضمور الأظافر قد يكون مكتسباً أو خلقياً.

المسببات:

الأمراض التي قد تترافق مع ضمور أظافر هي:

لحزاز المسطح

انحلال البشرة الفقاعي .

داء داربير

الاضطرابات الوعائية

انتانات مثل الجذام

انقلاع الأظافر

المسببات:

الحساسية للبنسلين

التقرن المنقط

رضوض جلدية

الشكل رقم 413: عسر تصبغ الأظافر

(حزاز مسطح)

داحس الظفر قد يكون جرثومياً أو فطرياً

صداف الأظافر .

(125/4)

الشكل رقم 414: فطريات الأظافر

الشكل رقم 415: عسر تصنع الأظافر (انتان فطري)

تغيرات الأظافر في داء الصداف:

تنقط وشقوق الأظافر.

انخفاض معترض للأظافر.

نزف مشطي.

بقايا تقرن تحت الظفر.

انحلال الظفر.

الحزاز المسطح: تغيرات الظفر في الحزاز المسطح يترافق مع مظاهر جلدية وأغشية مخاطية أو أن المرض يُصيب الأظافر فقط.

الشكل رقم 416: انقلاع الأظافر (صداف)

الشكل رقم 417: تقصف الأظافر

التغيرات في الأظافر في الحزاز المسطح:

أخاديد عمودية في الأظافر.

انتفاخ وبروز في الطية الظفرية القريبة.

ظفرة.

ضمور الظفر.

ضياع أظافر واضح ودائم.

الأظافر الابقراطية (المتعجرة)

تعجر الأصابع هو مظهر لعدد كبير من الأمراض الجهازية.

تغيرات الأظافر وتغيرات السلاميات النهائية تعطي منظر (عصا الطبل) للأظافر.

المظاهر السريرية:

إنتفاخ الأظافر.

انحناء مخروطي للأظافر في الاتجاهين العمودي والعرضي.

تسمك مقدمة الظفر.

الأمراض المرافقة لتعجر الأظافر:

أمراض تنفسية: انخماص الرئة ــ التهاب القصبات المزمن ــ السرطان القصبي المنشأ ــ تقيح الجنب ــ تدرن.

أمراض الكبد: التشمع الصفراوي.

الأظافر الملعقية

الظفر رقيق ومقعر من جانب لجانب مع حواف مقلوبة.

المسببيات:

عوز الحديد

إحمرارية الدم

الأمراض الأكيلية (أمراض الشريان التاجي)

الأفرنجي (مرض الزهري)

الشواك الأسود

تناذر بلامير ــ فيننسون

القلويات القوية مثل الصوابين

مشتقات الفازلين البترولية

خطوط بو:

خطوط معترضة وأخاديد في صفيحة الظفر

المسببيات:

انتانات جهازية مثل الحصبة

اندفاع دوائي

الأظافر الهشة المتكسرة:

المسببات:

صوابين قوية

طلاء الأظافر

"عوز الفيتامينات A و B."

الأظافر المنقطة:

المسببات:

الصداف

الحزاز المسطح

قضم الأظافر :

هي عادة شائعة عند الأطفال، عض وقص قمة الظفر بالأسنان، أظافر اليدين تقضم غالباً، الظفر الذي يعض يصبح غير منتظم ومتكسر. الثآليل حول الظفر أكثر شيوعاً عند قاضمي الأظافر.

(126/4)

الخوف من أمراض الأظافر:

هو يشبه العادة لكنه يتعدل إلى خوف من الطفيليات كما في المرضي الذين يقتلعون قطع من الأظافر من الطية الظفرية ويعتقد أنها تحوي على الطفيلي.

الظفر الخشن والغير منتظم وطية ظفرية قد تحدث.

الأظافر ومواد التجميل:

عدة مستحضرات ظفرية أو ملونات لها، قد يكون لها تأثير ارتكاسي موضعي يصيب الظفر والنسج الجاورة، هذه المركبات قد تصيب الرضع والأطفال بشكل غير مباشر من أمهاتهم بسبب تماس جلدهم مع هذه المواد المطبقة على أظافر الأمهات. تشمل مزوقات الأظافر ملمع الأظافر ومزيلات الأظافر التي تتألف من عدة محاليل مثل الأسيتون.

المظاهر السريرية:

جفاف الأظافر

أظافر متكسرة وهشة

داحس ظفري

تغيرات لون الأظافر

الشكل المنقط: يحدث بسبب الرض.

أمراض جهازية مثل الحمى التيفية ـــ التهاب الكلية .

أنتانات فطرية .

الأظافر السوداء:

المسببيات:

داء أديسون

داء كوشينغ

الوحمة المصطبغة

الشكل رقم 418: فرط تصبغ الأظافر (داء كوشنغ)

الأورام الصباغية

معالجة شعاعية عميقة

انتانات خاصة بسبب الزوائف (سودوموناس)

الشرائط السوداء العمودية:

المسببات:

استئصال الكظر

وحمة الوصل .

الأظافر الخضراء:

هذا الشكل من التغيرات اللونية للأظافر يحدث مع انتانات الزوائف الزنجارية.

الأظافر الصفراء:

المسببات:

الأدوية والمواد الكيماويةChrysarobin.وريسورسين والأ نثرالين

الانتانات: الأفرنجي.

الأظافر الزرقاء:

المسببات:

الأدوية: الميباكرين

الورم الدموي (هيماتوما)

الداحس الميلاني

الشكل رقم 419: أظافر زرقاء

الأظافر البنية:

المسببات:

برمنغات البوتاسيوم

مركبات الزئبق

الارتكاسي الدوائي: مضادات الملاريا، فينول فتالئين. مابعد الانتان.

الشكل رقم 420: الأظافر اللازوردية

"Azur Nailالأظافر اللازود ية "

تلون أزرق لصفيحة الظفر يحدث في أمراض الكبد المزمنة مثل التنكس الكبدي العدسي.

الشكل رقم 421: أظافر صفراء

المراجع

Asboe-Hansen G. (1961) Psoriasis in childhood. In: Farber EM, Cox AJ, eds .
Psoriasis Proceedings of an International Symposium at Stamford University .
Stamford: Stamford University Press, 1961
1
Barth JH, Dawber RPR. Diseases of the nails in children. Paed Dermatol 1987; 12: 90–275
2
Barlow AJE ,Chattaway FW, Holgate ML et al. Chronic paronychia. Br J Dermatol 1970; .53–448 :82
3
Baran R, Dawber RPR, eds. Diseases of the Nail and their Management. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1984; chapter 20–105 ,4
4
Baran R, Barth J, Dawber RPR, eds. Nail Disorders. London: Dunitz Ltd, 1991: –78 101
5
Colomb D. Antimalarial nails pigmentation. Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr 1975; 82: 22–319
6
Daniel CR, ed. Paronychia. In :Dermatologic Clinics 1988; 3(3) 4–461
7
Daniel CR. Pigmentation abnormalities. In: Scher RK, Daniel CR, eds. Nails: Therapy, Diagnosis, Surgery .Philadelphia: WB Saunders Co, 1990: 66–153
8
Eastwood JB, Curtin JR, Smith EKM et al. Shedding of the nails apparently induced by large amounts of cephoridine and cloxacillin in 2anephric patients. Br J Dermatol 1969; 2–750 :81
9
Franks SB, Coton HJ, Mirkin W. Photo-onycholysis due to tetracycline. Arch Dermatol 1971; 103: 520
10

Ganor S. Chronic paronychia and psoriasis. Br J Dermatol 1975; 92: 8–685

11

Runne U, Orfanos CE. The human nail. Curr Probl Dermatol 1981; 9: 49–102

12

Samman PD. The Nails in Disease 3rd edn. London: Heinemann, 1978: 14

13

Turano AF. Beau's lines in infancy. Pediatrics 1968; 41: 4–996

14

(128/4)

الفصل الخمسون تطبيقات الليزر في علاج الأمراض الجلدية

Laser Applications in Dermatology

لقد تطور استعمال الليزر في الأمراض الجلدية والتجميلية بدرجة كبيرة في السنوات القليلة الماضية نظراً لتطور الكثير منها واستحداث أنواعاً أخرى ذات فعالية قيمة.

منذ عدة سنوات كان مفهوم الليزر على أنه جهاز يبحث عن حالة مرضية حتى يمكن استعماله لها، إما في هذه الأيام فإنه يعتبر أداة لا يمكن بأي حال أن يستغني عنها طبيب الأمراض الجلدية وغيره من ذوي الاختصاص مثل أخصائي جراحة التجميل والفروع الأخرى ذوات العلاقة باستعمال مثل تلك الأجهزة.

إن الكثير من الأمراض الجلدية التي كان يصعب معالجتها قبل عصر الليزر أصبحت الآن في متناول إمكانية العلاج بواسطة تلك الأجهزة.

2 هو ذو فائدة عظيمة للطبيب أخصائي الجلدية ويعتبر كما يقال مثل Coعدة أنواع من الليزر مثل ليزر "حصان الساقيه الذي يستطيع القيام بالعمل الموكل إليه دون كل أو ملل".

يتوفر الآن أنواع مختلفة من أجهزة الليزر ولكل استعمالاته المميزة

2 ليزر الذي له استعمالات عديدة مثل: إزالة الندبات الجلدية ــ التجاعيد ــ زراعة COهناك أنواع مثل الشعر واستعمالات أخرى كثيرة.

كما إن هناك أنواعاً أخرى من أجهزة الليزر تستعمل لإزالة التصبغ، إزالة الشعر الغير مرغوب فيه وللتخلص من بعض أنواع الدوالي الجلدية. هذا بالإضافة إلى الاستعمالات العديدة في فروع الطب الأخرى

وعلى الأخص في المجال الجراحي.

ورغم كل ذلك إذا كان بالإمكان معالجة الحالة المرضية بوسائل أخرى ناجعة، فإن تلك تبقى هي الوسيلة المفضلة وذلك بسبب الكلفة المرتفعة عادة للمعالجة بالليزر وخوف البعض من المشاكل التي ربما تحدث بسبب المعالجة.

عادة نواجه بعدة مرضي يخافون من الجراحة بالليزر بسبب اعتقادهم بأن الليزر يسبب السرطان، رغم ذلك فإننا نحاول إقناعهم بأن الليزر ليس إلا ضوء ويستخدم بفاعلية وأمان في فروع الطب الدقيقة مثل العينية ورغم ذلك فإن البعض مايزالون غير مقتنعين.

(129/4)

والقاعدة التي يجب الاتفاق عليها هي أنه "إذا لم يكن هناك ضرورة لاستعمال الليزر فلا تستخدمه".

قواعد المعالجة بالليزر

الليزر هو جهاز يولد حزمة كثيفة من الأشعة تسمى "الليزر" تعني التضخيم الضوئي بالانبعاث المحرض للأشعة. إن كلمة ليزر مشتقه من الكلمات التالية:

"Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation"

الأشعة هي جزء من طيف الإشعاع الكهرومغناطيسي. وفي ظروف معينة يظهر الضوء صفات الموجة.

".EMRكل العوامل الشعاعية بما فيها شعاع الليزر تبدأ بامتصاص الأشعة الكهرومغناطيسية "

جميع تأثيرات الضوء بما فيها الليزر على سطح الجلد تبدأ بامتصاص الأشعة الكهرومغناطيسية التي هي نوع خاص من الطاقة التي تظهر صفات الموجه المميزه لأجهزة الليزر. قوة الضوء تحمل عبر الفوتون.

وعندما يمتص الفوتون يحدث بعض الحركة أو فصل الأجزاء المشحونة منه في الخلايا.

إن الطاقة التي يحملها الفوتون تستثمر في تقوية الشحنات. تقوية الشحنات وامتصاصها هي القواعد الأساسية للمعالجة الضوئية بأجهزة الليزر المختلفة.

هناك بعض الملاحظات التي قد تساعد في إعطاء فكرة مبسطة عن طرق عمل أجهزة الليزر ومن هذه ما يلي:

طول الموجه: هي المسافه بين قمة موجتين متتاليتين. الموجات الطويلة تقاس بوحدة المتر مثل الموجات الطويلة للراديو والتلفاز.

الضوء المرئي يتراوح طول موجته من 0.7 ــ 0.4 مايكروميتر.

الأشعة فوق البنفسجية ــ أشعة إكس وأشعة جاما هي أنواع من الطيف الكهرومغناطيسي وموجاتها أقصر من موجات الضوء المرئي.

شدة الضوء: يقاس بارتفاع الموجه الضوئية عن مستوى الصفر.

التردد: هو عدد الموجات الضوئية التي تمر على نقطة معينة في الثانية.

السرعة: سرعة الضوء ثابته وهي 186000 ميل في الثانية.

موجات أجهزة الليزر الجراحيه تقع بين الموجات الأطول والأقصر من موجات الطيف الضوئي وهي فى موقع الطيف بين الأشعة تحت الحمراء والطيف المرئي.

(130/4)

العديد من أجهزة الليزر تستعمل الآن في المجال الطبي إذ يعتمد نوع الليزر على المادة النشطة بالجهاز التي تثير نوع الضوء الليزري ومنها يحدد نوع الليزر مثل:

ثاني أوكسيد الكربون هى المادة المستعملة في جهاز ليزر ثاني أوكسيد الكربون.

مادة الروبي هي المستعمله في جهاز الروبي ليزر.

مادة النحاس هي الماده المستعمله في جهاز بخار النحاس.

صبغه خاصة تستعمل في جهاز الليزر الصباغي.

أكثر أنواع الليزر المستعملة هي: ثاني أوكسيد الكربون ــ روبي ليز ــ ارجون ليزر ــ كريبتون ليزر ــ الياج وليزر اكسهايمر.

مكونات أجهزة الليزر

مصدر ضوئي: هو الذي يضخ الطاقه للمادة النشطة في جهاز الليزر. مصدر الطاقة الذي يبعثها مرتبطة بنوع الليزر. هذه المصادر قد تكون كهربائية كما هو الحال في جهاز ارجون ليزر وجهاز ثاني أوكسيد الكربون أو ضوء فلاش في جهاز الصباغي.

محتويات فراغ جهاز الليزر: يحتوي جهاز الليزر على أنبوب وعدد من المرايا موجوده عند طرفي الأنبوب حيث تقوم بعكس أشعة الليزر بشدة ومن ثم تزداد شدة الأشعه المنبعثة من المصدر. الفوتونات التي تمر خلال الأنبوب تنعكس إلى الخلف خلال وسط الليزر. وفي كل مره ينعكس فيها الضوء إلى الأمام

والخلف بواسطة مرايا خاصة على طرفي الأنبوبة يزداد فيها عدد الذرات لتضخ المزيد من الفوتونات وبالتالي فإن شدة ضوء الليزر يزداد. في نهاية المرايا يوجد فتحة صغيرة تسمح لنسبة ضئيلة من ضوء الليزر للمرور إلى الخارج خلال ذراع خاص يوجد في نهايته الأداه اليدوية التي يخرج منها ضوء الليزر ليسقط على المنطقة المراد معالجتها.

مرشد ضوء الليزر: ضوء الليزر غير مرئي ولذلك يستعمل ضوء خفيف "هيليوم نيون" وهو ذو تأثير ضعيف والهدف منه الإرشاد إلى وضع ضوء الليزر عند المعالجة إذ أن مكان سقوط ضوء هيليوم نيون هو المكان الذي يسقط عليه ضوء الليزر عند المعالجة.

مصطلحات الليزر

) : هي إمكانية القيام بالعمل، وعادة تحسب على أساس ضرب القوة في مدة تعريض Energyالقدرة (ضوء الليزر على سطح الجلد، وحدة القياس هي الجول.

): هي معدل جريان القدرة، وتحسب على أساس تقسيم القدرة على زمن Powerالقوة أو الاستطاعة (التطبيق، وحدة القياس هي الواط، الواط الواحد يساوي جول / ثانية.

) : هي معدل القدره لكل وحدة من النسيج المعالج، ويعبر عنها Power densityكثافة الاستطاعة(بالواط/سم2.

الكثافة تحدث بتقسيم الاستطاعة على سطح منطقة الحزمة أو حجم البقعة. ويجب ملاحظة أن الزيادة في حصيل الاستطاعة يبخر النسيج بسرعة والانخفاض في حجم البقعة سوف يزيد القدرة ويسرع أكثر في تداخلات النسيج.

) : أو شدة الطاقة: تحسب على أساس تقسيم كل من القدرة على مساحة المقطع Fluenceشدة القدرة(مدة التعرض لأشعة الليزر على Xالعرضي للحزمة الضوئية، ويعبر عنها بالجول/سم2 أو = القدرة مساحة مربعة من الجلد. إذا كان الضوء المنبعث من الليزر والمركز على الجلد أسرع من أن يسخن الأنسجة المجاورة للمنطقة المعالجة فإن تأثير هذا الضوء على تلك الأنسجة يكون قليلاً وبالتالي فإن الضرر على الأنسجة المجاورة يكون ضئيلاً.

) : كلما كان مساحة البقعة المعالجة بالليزر كبيراً كلما كانت المعالجة وتبخير Spot sizeحجم البقعة(

الأنسجة نتيجة الليزر أفضل.

يمكن التحكم بمساحة البقعة المعالجة وذلك بتقريب أو إبعاد ضوء الليزر عن سطح الجلد:

فإذا أبعدنا الأنبوب الذي يخرج منه ضوء الليزر عن سطح الجلد فإن ضوء الليزر يتوزع على مساحة أكبر على سطح الجلد وبالعكس فإذا قرب الضوء من سطح الجلد فإن المساحة التي يتركز عليها الضوء تكون أصغر. وكلما صغرحجم البقعة كلما كان تأثير الليزر أشد وأقوى وقد يسبب بعض التأثيرات على الأنسجة المجاورة إما البقع الأكبر مساحة فتسبب تاثيراً أقل على المناطق المجاورة للبقعة المعالجة.

)Thermal relaxation time (

(132/4)

هي مدة برودة الأنسجة المجاورة للمنطقة التي يتركز عليها ضوء الليزر: وتعرف بالمدة اللازمة لأن تفقد الأنسجة المسخنة بالليزر مايعادل 50% من حرارتها من خلال الانتشار. وهو كذلك الوقت اللازم لأن تبرد الأنسجة المجاورة للمنطقة المسخنة بالليزر. هذه الظاهرة هامة جداً وأساسية فى المعالجة بالليزر حتى يمكن حماية الأنسجة المجاورة من المضاعفات الغير مرغوب فيها.

صفات أشعة الليزر

ضوء الليزر له ثلاث مميزات رئيسية التي تميزه عن المصادر الضوئية الأخرى.

(: يعني أن الضوء يسير موازياً باتجاه واحد مع انحراف ضئيل جداً حتى لمسافة 1Collimated ــ) طويلة ولذلك هناك ضياع قليل للقدرة على طول الحزمة. حزمة الليزر هي أكثر بريقاً بألف مرة من ضوء النهار وأكثر لمعاناً من أشعة الشمس.

(: يتألف من لون واحد أو طول موجة واحد ولهذا فإن حزمة 2Monochromatic ــ وحيدة اللون) الليزر نقية جداً. على العكس من الضوء الأبيض من ضوء المصابيح فإنه يشمل انبعاث عفوي للفوتونات بأطوال موجات وألوان مختلفة تسير في اتجاهات مختلفة وبذلك يكون ضوئها منتشراً.

(: يعني كل أمواج الضوء تتحرك متوازية معاً في كل من الفراغ والزمان. المجال 3Cohorent ــ) الضوء العادي من المصباح يتألف من مزيج من أطوال موجات تشع في اتجاهات مختلفة وخارج المجال " .Incoherentوبذلك يطلق عليه المصطلح "

طرق عمل أشعة الليزر

"أو النسيج المستهدف مثل Chromophore هذا يعتمد بشكل رئيسي على امتصاص الفوتون من قبل الـــ "
صباغ الميلانين، الماء أو الخضاب.
الليزر المختلفة للجلد

(133/4)

" ومن ثم تتحول القدرة وتنقلب إلى Chromophore الفوتون يركز قوته وقدرته على الهدف المميز"
الحرارة التي تتوزع إلى النسج المجاورة، بالنقل أو بالإشعاع، في الخلايا وبذلك تبدأ بروتينات الخلايا في
وجدار الخلايا ومحتوياتها عند درجة حرارة 40 درجة مئوية. يعتمد DNA , RNA الإنصهار وكذلك
مقدار التأثير على شدة قدرة الليزر ومساحة المنطقة التي تتعرض لضوء الليزر.
الشكل رقم 422: اختراق ضوء الليزر للجلد
جلد الإنسان والليزر
طبيعة التداخل في كل أنواع الليزر مع النسج الحية يمكن توضيحة حسب المصطلحات التالية:
الانعكاس: هناك دائماً درجة من انعكاس ضوء الليزر من البشرة.
الانتقال (العبور) ضوء الليزر يعبر ويخترق البشرة والنسج العميقة. الامتصاص هذا يحدث من قبل النسج
المستهدف حسب أنواع خاصة من الليزر. ضوء الليزر الممتص يحدث تخثيراً في النسيج ــ قطع أو
تبخراً فيه.
وبشكل مميز يصل ضوء الليزر إلى هدفه الخاص مثل الصباغ والخضاب والماء.
تخثر النسيج: يتعلق بالتأثير الحراري، تحويل قدرة الليزر إلى حرارة تسبب تخثر وقفل للأوعية الدموية أو
كوي مع تنخر أقل يحدث بالحرارة فوق الـــ 45 درجة مئوية.
تبخير النسيج: يحدث عند الحرارة الأعلى من 100 درجة مئوية خاصة مع انتقال الحرارة السريع من
ضوء الليزر إلى النسج، هذا قد يؤدي لغليان في السائل الخلوي وتخرب كامل في البروتين الخلوي والخلية
بحد ذاتها.
بخار هذه النسج المتبخرة يسبب ذرات صغيرة حوالي واحد ميكرون ولذلك من الأهمية بمكان أن تستخدم
قناع خاص بالليزر أثناء تقشير أو إزالة الآفات الجلدية خاصة الآفات الفيروسية مثل الثآليل حيث أن

استنشاق هذه الأبخرة الحاوية على عناصر فيروسية قد يسبب اختلاطات خطيرة. قناع الليزر يجب أن يكون له مواصفات خاصة لترشيح (فلترة) الذرات والجزئيات الأقل من واحد ميكرون.

(134/4)

الحرارة المنبعثه تعتمد مباشرة على توسط الذرات والجزئيات المتحركية والإثارة، حيث أن الحرارة عندما ترتفع من 40ـــ100ْم فإن معظم البروتينات و DNA.RNA والأغشية ومحتويات الخلايا تبدأ بالإنصهار والتخثر.

الشكل رقم 423: امتصاص الليزر نفوذية النسيج

تداخل ضوء الليزر مع النسيج المعالج يؤدي إلى التخثر الحراري وبذلك فإنه يسبب تنخر خلوي وركودة وعائية وإنصهار وقفل النهايات العصبية وتغير جسيم في المادة. التخثر الحراري يعتبر حرق وتنخر للانسجة.

2 يعتمد على تبخر ماء النسج، حيث أن الماء هو الهدف في مثل هذه الأنواع من أجهزة COليزر الـــ الليزر.

بعض الليزرات الأخرى تستهدف صباغ الجلد مثل الخلايا الصباغية، الأوعية الدموية وذرات الوشم "Tattoo. "

أذية النسيج تعتمد بشكل رئيسي على معدل تداخلات الأشعة مع الهدف وهي مدى امتصاص الحرارة أو الذي إما أن يكون: صباغ الميلانين، الماء أو الأوعية Chromophoreتاثرها، الحرارة تمتص من قبل الدموية التي كل منها له موجة ذات طول نوعي انتخابي تؤثر على النوع الخاص من هذه الأهداف.

) الموجودة في النسيج المطبق عليه Chromophoreالامتصاص يعتمد على تركيز المادة المستهدفة (ضوء الليزر.

الميلانين: هو الصباغ الأول الذي يصادفه ضوء الليزر عندما يخترق الجلد. الميلانين يحمي الجلد من أشعة الشمس الشديدة خاصة الفوق بنفسجية بامتصاص أطوال الموجات المؤذية.

هذه الصفة الفيزيائية للميلانين تجعله إما مساعداً أو متداخلاً مع الجراحة بالليزر بالاعتماد على نوع الآفة المعالجة. يتواجد الميلانين خاصة في البشرة وفي جراب الشعرة وهذا يمتص بشكل واسع عبر المجال الضوئي.

الخضاب الدموي: الصباغ الحاوي على الحديد الذي يجعل الدم أحمراً، يحجز كمية كبيرة من الضوء النافذ إلى النسج. الخضاب الدموي له ثلاث ذرى إمتصاصية.

(135/4)

طيف الامتصاص الأزرق: بموجه طولها (514 نانوميتر)، الأخضر (540 نانو ميتر) والأصفر (577 نانوميتر). الامتصاص المثالي هو بين (514 –590 ن م). امتصاص الدم لضوء الليزر هو أساساً إمتصاص الأوكسي هيمو غلوبين (الخضاب المؤكسد) والخضاب المرجع الذي يحرض شرائح قوية من الأشعة من فوق البنفسجية إلى الأزرق ــ الأصفر والأخضر.

إمتصاص الطيف الأصفر: (577 ن م) للهيموغلوبين المؤكسد تم إختياره لاستهداف الأوعية الدقيقة السطحية بواسطة الانحلال الحراري الضوئي الانتخابي.

الطيف الأزرق: (240 ن م) أو أكثر (900 ن م) ينفذ أكثر عمقاً ويمكن أن يؤثر على النسج المستهدفة الأعمق.

" : هو العامل الثالث المهم في التداخل النسجي أثناء المعالجة بالليزر. الهدف قد Scatteringتناثر الضوء" يمتص الضوء الداخل إلى الجلد سواء متفرقاً أو منعكساً. معظم الشعاع الداخل للنسيج يتناثر بالتداخل الشديد التام مع الماء، الدسم، الأغشية الخلوية. الانتشار يحدث أكثر مع الأمواج الضوئية القصيرة من الضوء المرئي. الضوء المتناثر يمتص ويؤدي بالتالي إلى توليد الحرارة بالأنسجة.

التناثر هو السبب التي بها تضيع الحرارة من الآفة التي عولجت وقد تصل إلى الأنسجة المجاورة أو إلى نسيج غير مستهدف. التناثر أيضاً هو سبب أن العظام لا يمكن أن تشاهد عند الشفوفية الضوئية لليدين.

هذه العوامل الثلاثة: الميلانين ــ الخضاب الدموية ــ والتناثر هي الأساس في استعمالات الليزر في علاج الأمراض الجلدية والتجميل.

تأثيرات الليزر على الآفات الجلدية

سماكة البشرة (100 مايكرونميتر) وهي قابلة جداً لطاقة الليزر، وهي تتأثر عادة وتتأذى بشدة أثناء الجراحة بالليزر مالم تبرد بشكل كافي قبل العلاج.

الأدمة العليا هي ذات سماكة (400 ميكرون) وتحوي العرى الوعائية التي تتفرع من الشبكه الشريانية السطحية المزودة من الشرايين في الأدمة السفلى.

(136/4)

الأدمة السفلي ذات سماكه حوالي 400 مايكرون وتتألف من الأنسجة الداعمة للغدد العرقية ـــ بنى الجريبات الشعرية والأوعية الدموية الكبيرة.

عندما نوجه الليزر نحو الجلد، فإن الضوء يخترق سطح الجلد ويمتص من قبل النسيج المستهدف وينعكس جزء بسيط منه أو يتناثر.

يوجد ثلاثة عوامل رئيسية، كلها مهمة في المعالجة بالليزر. وهذه هي الأهداف التي يعتمد عليها اختيار نوع الليزر المستعمل للمعالجة.

وهذه العوامل بشكل رئيسي هي: صباغ الميلانين، الخضاب الدموي، والماء.

الآفات المصطبغة:

عند معالجة آفة مصطبغة، امتصاص الضوء المميز للميلانين هو الأكثر أهمية. الميلانين هو الصباغ) حيث يسخن نتيجة ارتفاع درجة حرارته بواسطة امتصاص الضوء من Chromophoreالمستهدف (الليزر إلى درجة تخرب الآفة. الجراح يختار طول الموجة التي سوف تمتص من قبل الميلانين. عادة طول الموجة في المجال بين الأزرق / الأخضر وهو مايكون مطلوباً. الموجه في حدود الأزرق ذو امتصاصات عاليه (لكنه أكثر انتشاراً) من الأخضر.

وبسبب زيادة احتمال التندب مع طول الموجات الزرقاء فإن الاختيار المثالي للآفات المصطبغة هو الأخضر.

معالجة الآفات الوعائية:

) لضوء الليزر. أي امتصاص غير مرغوب به في Chromophoreالخضاب الدموي هو هدف مصطبغ (الجلد من قبل الميلانين سوف يميل لتسخين نسيج غير وعائي أو غير مستهدف فوق أو قرب الآفة الوعائية.

الجراح يجب أن يكون قادراً على جعل الضوء بشكل حزم عبر النسج غير الوعائية أو الصباغية السطحية بدون أذية من امتصاص صباغها أو التندب وتخرب النسج الوعائي السفلي. ويجب أن نختار طول موجة الأكثر امتصاصاً من قبل الخضاب المستهدف لمعالجته وأقل انتشاراً.

(137/4)

اللون الأصفر هو المثالي والأفضل ويؤثر بشكل قريب جداً على الخضاب الدموي. الضوء الأصفر ذو تأثير أقل وينقص الامتصاص من الميلانين بالمقارنة مع الضوء الأخضر أو الأزرق. الأمواج الأطول مثل البرتقالي والأحمر ليست ممتصة بشكل جيد من قبل الخضاب أو الميلانين.

اختلاطات الجراحة بالليزر:

الاختلاطات التي يمكن علاجها بالليزر هي: في معالجة الآفات الوعائية، قد يحدث التندب إذا تم امتصاص قدرة ضوئية كبيرة جداً من قبل البشرة و الأدمة حول الأوعية.

أنسجة البشرة التي تتاذى من الليزر بإمكانها أن تستعيد الترميم مرة أخرى بدون تندب إما إذا كان التأثير إلى ما تحت الطبقة الشبكية من الأدمة فإن ذلك قد تسبب تندب ضخامي. هذه هي أسوأ اختلاطات معالجة الآفة الوعائية الدموية مثل وحمة البورت واين (وحمة النيذ) لإستخدام الليزر بأطوال الموجات ذوات اللون الأزرق / أخضر، خاصة عند الأطفال الصغار.

الاختلاطات الأخرى إلى جانب التندب الضخامي هي نقص التصبغ، فرط التصبغ وتغيرات صباغية.

أنواع الليزر المستخدم في الأمراض الجلدية

ليزر ثاني أكسيد الكربون

2 " هو الأكثر انتشاراً وهو الوسيلة الدقيقة والفعالة في جراحات COليزر ثاني اوكسيد الكربون " الأمراض الجلدية والتجميلية والعامة. الوسط في هذا النوع من الليزر هو مزيج من ثاني أكسيد الكربون، النتروجين، وغازات الهيليوم، عادة تثار أو تهيج بواسطة التيار الكهربائي المباشر.

2 يسمح للحزمة المستمرة الحاوية على أطول الموجات (10600 نانوميتر)، في الجزء المتوسط COليزر 2 غير مرئية ولذلك فإن الحزمة COمن ما تحت الحمراء من الطيف الكهرومغناطيسي. حزمة الليزر المرئية التي تستعمل من "الهيليوم نيون" وهي قليلة التأثير تستخدم للإرشاد لتوجيه الليزر بدقة إلى البقعة المراد معالجتها ليوجه الحزمة إلى الهدف المرغوب.

ضوء الليزر يمر عبر الذراع المتعدد المفاصل والعدسات المركزة.

النسيج المستهدف لهذا النوع من الليزر هو الماء حيث أن الضوء يمتص من قبل النسج الحيوية محدثاً تخرب وذلك بالتسخين السريع والتبخر للماء داخل الخلايا. الامتصاص القوي لضوء الليزر من قبل الماء يحدث تخرب في النسيج (ما تراه أثناء العملية هو ما تحصل عليه من تأثير على نسج البشر بعدها).

حصيلة القدرة لضوء الليزر يتجاوز 100 واط في العملية المستمرة و 50 واط عند استخدام العملية النابضة.

العوامل المؤثر على تخرب النسج بواسطة الليزر هي: كمية القدرة الواصلة للنسيج، حجم البقعة وزمن التراجع الحراري (وهو الزمن بين تسخين النسج بالليزر وعودة برودتها).

2 يزود حالياً بأجهزة حاسوبية تجعل استخدامها آمناً وأكثر سهولة للمستخدم. هذه الأجهزة COالليزر الحاسوبية تبرمج بطريقة أكثر بساطة للإستخدام سواء لتقشير الجلد ـــ القطع الجراحي أو إزالة الطبقه السطحية من الجلد. وبهذا فإن على الجراح فقط أن يستخدم المعلومات المخزنة على تلك الحاسبات حسب الحالة التي يعالجها، إذ أن قوة الليزر وحجم البقعة كلها تعدل أتوماتيكياً.

Q-Switched Ruby laser

هو أول ليزر استخدم من قبل الدكتور جولد مان عام 1965 لمعالجة الآفات الجلدية المصطبغة والوشم .
) الأسود والأزرق Tattoosموجة الروبي ليزر هي (694 نانو ميتر) التي يمكنها أن تزيل صباغ الوشم(-Qمع تندب أقل وبدون تخدير. عدة جلسات قد نحتاج لها لإزالة الآفات المصطبغة بواسطة ليزر والنتيجة في النهاية تعتمد على نوع الليزر المستخدم.Switched Ruby

Neodymium :Yag Laser

" وذو موجة طويلة أكثرمن (1064 ن م) ويمكن استخدامه لإزالة الوشم Q-Switchedهو نوع آخر من") والآفات الجلدية المصطبغة.Tattoos(

الوسط الليزري هو بلورات نيود يميوم ـــ دوبيد بتروم الومنيوم جارنيت. وهذا النوع يستخدم في معالجة الأمراض العينية.

ليزرات بخار النحاس

Copper vapor laser

عدة ليزرات معدنية متوفرة حالياً والتي تعتمد على نوع الوسط المعدني الذي يسخن فوق نقطة الغليان حتى حالة الغازية ويصدر نوعان من الأشعة المختلفة مع طولي موجات مختلفة. يعالج هذا النوع من الليزر، الشامات، والأورام الجلدية السليمة. اللون الأصفر مع طول موجة (578 نم) يستخدم لمعالجة الآفات الوعائية مثل توسع الشعريات الدموية.

ليزر الأرغون

Argon laser

يصدر حزمة ضوئية من (488 ـــ 514 ن م) وهي حزمة اللون الأزرق المخضر الموجودة في الجزء المرئي من الطيف الكهرو مغناطيسي. الوسط هو غاز الأرغون الموجود في أنبوب مغلق والذي يثار بواسطة شحنة التيار المباشر. هذا النوع من الليزر يستخدم في العينية والجلدية لمعالجة الأورام الوعائية الدموية.

ليزرHolmium : YAG

الوسط الليزري هو هولميوم. يصدر حزمة ليزر بأمواج طولها (214 ن م) ويثار الوسط الليزري بواسطة مصباح نبضي وهاج. هذا النوع يستخدم في المعالجة العظمية وفي أمراض الأغشية الزليلة، وإصابات المفاصل.

Excimer Laser

هذه الأشكال تصدر حزمة ضمن الطيف البنفسجي من الطيف (193 ـــ 351 ن م). هذه الليزرات تستخدم في الاستقصاءات القلبية الوعائية لإزالة اللويحات الوعائية وفي الأمراض العينية.

أمان الليزر

Laser Safety

يصدر الليزر حزمة كثيفة من إشعاع الكهرومغناطيسي الذي يمكنه بسهولة أن يسبب تأثير غير عكوس على النسج، خاصة النسيج العيني، لذلك فإن الحذر الشديد يجب اتخاذه عند استخدام الليزرات وذلك لحماية المريض والجراح والمساعد.

1 ـــ غرفة العمليات:

" يجب أن توضع على باب الغرفة لإنذار غير الموظفين بعدم الوقوف أمام منطقة الليزر LASERعلامة " أثناء تشغيل الليزر.

ينصح بوضع حاميات العيون (النظارات الخاصة، حيث إن لكل نوع من أنواع الليزر نظارة واقية خاصة به ولا يمكن استعمالها لكل أنواع الليزر) على الباب لتذكير كل شخص يدخل على غرفة الليزر أثناء العملية لوضع النظارات الحامية قبل الدخول إلى غرفة الليزر.

النوافذ: يجب أن تغطي بمواد ذات كثافة بصرية كافية.

الأدوات المستخدمة يجب أن لا تحوي مواد قابلة للاشتعال مثل المواد الطيارة مثل: الأثير، الكحول.

حوض الماء يجب أن يكون متوفراً.

الشاش يجب أن يرطب بالماء لمنع الاشتعال بأشعة الليزر.

2 ــ وسائل الحماية للمريض:

نظارات خاصة يجب استخدامها، ويجب ملاحظة أن عدة ليزرات لديها نظارات مختلفة خاصة لهذا النوع من الليزر ولا يمكنها الحماية من أشعة ليزر أخرى.

أغطية عيون المريض: تطبق لتغطية العينان بشاش مرطب قبل تطبيق النظارات واستعمال واقيات معدنية توضع على العين مباشرة تحت نظارة الليزر.

شفاه المريض: يمكن حمايتها بواسطة الشاش المرطب. عندما تكون العملية في جوف الفم يجب الحذر لحماية الأسنان والعظام باستخدام الشاش الرطب أو مواد واقية ماصة للحرارة .

يمكن إزالة الأنسجة المتفحمة أثناء المعالجة بالليزر ثاني أوكسيد الكربون بواسطة الشاش المرطب بالسلاين، حيث أن المناطق المتفحمة قد ترتفع لدرجة حرارة عالية جداً محدثة تخرب في النسج.

بعض المناطق المعالجة قد تحتاج لمحاذير خاصة مثل الجراحة بالليزر في منطقة الشرج: إذ يجب أن تغلق فتحة الشرج بالشاش المرطب لمنع الغازات الملهبة التي قد تحصل إذا كان هناك غازات تخرج من الشرج أثناء المعالجة فإنها قد تسبب حروق شديدة للمريض.

3 ــ وسائل عامة:

يجب على الجراح والمساعد أن يستخدم نظارات خاصة لليزرات المعينة:

لا تنظر مباشرة إلى مصدر الليزر أو في موقع انعكاس الليزر، كل من ضوء الليزر المباشر والمنعكس قد يحوى قدرة كافية لتسبب أذية عين دائمة.

لا نسمح لأي شخص قرب الليزر بدون لباس عيني واقي.

لا توجه ذراع البروب (المجس) لأي اتجاه ما عدا إلى المنطقة المراد علاجها قبل تنشيط القطعة اليدوية، تأكد من أن توجيه ضوء الليزر بالإتجاه الصحيح. يجب أن يكون الجراح كالجندي الواعي المنتبه الذي يوجه سلاحه بالاتجاه الصحيح بعيداً عن زملائه حتى عندما يكون ذلك غير محشو .

لا تستعمل الليزر إذا كان الحزمة الموجهة (هيليوم ــ نيون) غير ظاهرة.

إذا كانت هذه الحزمة (التي هي حزمة ضعيفة تستخدم لتوجيه إتجاه الحزمة الكثيفة تصدر من آلة للتطبيق الجراحي) غير ظاهرة، تأكد أولاً من أن زناد الأمان اليدوي في وضع الفتح.

2 ، لأن حرق شديد قد يحدث.COلا تضع اليدين أو أي شيء في حقل مرور حزمة

لا توجه الليزر إلا إلى الهدف الذى يمتص الضوء النوعي المميز لنوع الليزر المستعمل وبدون اعتبارات تؤخذ لما يوجد خلف الهدف. الشاش المرطب بالسالين أو الإسفنج أو شاش مرطب بالسالين أو الماء يمكن استخدامه لحماية النسج.

" بدالة القدم: يجب أن تكون في متناول قدم الجراح فقط إذ أن الضغط عليها عفوياً "Laser Foot Switch من قبل أحد المساعدين قد يبعث ضوء الليزر الذي قد يسبب حروق أو اتلاف العين.

لا تضغط بدالة القدم ما لم تبدأ المعالجة ويجب الأخذ بعين الاعتبار لكل وسائل الوقاية والآمان.

لا تحاول أي إصلاحات وقائية على الليزر.

لا تستخدم الليزر على الأماكن الملتهبة.

" عندما تريد الانسحاب لمنطقة أخرى أو توقف "Stand by حافظ على الليزر في موضع "Stand by" العمل مؤقتاً لأي سبب لمنع التعرض العارض لضوء الليز.

الأقنعة: يجب استخدام أقنعة خاصة عند إزالة الآفات الفيروسية لمنع انتشار واستنشاق الذرات الفيروسية.

" مضار التلوثPollution Hazards"

يجب استعمال جهاز شفط خاص بأجهزة الليزر للتخلص من الدخان والمواد المنبعثة أثناء العمل الجراحي.

الأخطار الكهربائية:

لا تنزع الغطاء الواقي لليزر.

(142/4)

لا تشغل الليزر إذا وجد أي تسرب للماء (بعض أنواع الليزر تحوي الماء الداخلي).

"NO GO.لا تشغل الجهاز إذا كان كابل القدرة خرب أو مؤشر الجهاز يبدي "

الكشف الروتيني والصيانة الدورية مهمة جداً.

محاذير الأدوات:

بعض أنواع الليزر يحوى على الماء، التيار العالي يستخدم لتزويد الليزر والماء يستخدم لتبريد الجهاز قد يسبب ذلك خطر شديد.

التدريب الجيد للجراح والمساعدين فيما يتعلق بالفيزياء الخاصة بالليزر والمكونات وكيفية التشغيل هو من الأهمية القصوى.

دائما إزالة مفتاح تشغيل الليزر بعد إطفاء الآلة.

تأكد من أن جهاز الليزر يعمل بشكل جيد قبل البدء بالجراحة.

الوصلات الكهربائية يجب أن تفحص وتترك بعيداً عن مناطق مرور المساعدين. تأكد من أن الحزمة المختارة تتولد وتعمل بشكل جيد.

تأكد من موجة حزمة "هيليوم نيون" تعمل قبل أي معالجة جراحية.

لا تستعمل الجهاز إذا كان حزمة هيليوم ــ نيون غير مرئية في الحقل.

" مؤقتاً لأي سبب يريد الجراح أن يراقب منطقة العلاج أو Stand byضع القدم بعيداً عن الآلة ووضعية " أن يجري أي شيء آخر.

استخدامات الليزر في العلاجات الجلدية

لقد تطورت استخدامات الليزر خلال السنوات القليلة الماضية واعتمد بعضها بعد التحسينات والتعديلات.

2 هو القدرة وحجم 2CO يمكن أن يستخدم لتبخير أو قطع النسج. المعيار المهم في استخدام ليزر COليزر البقعة. حجم البقعة قد يتغير سواء عدم تركيز الحزمة أو إبعاد القطعة اليدوية بعيداً عن المنطقة المعالجة أو بتركيز الحزمة قريباً من المنطقة.

البقعة من 2 ــ 5 ملم هي الاستخدام النموذجي للتبخير وتنقص الطاقة المنبعثة للحصول على نتائج جراحية أفضل عند استخدام التبخير.

2 :COاستخدامات ليزر

يمكن استخدامه بنجاح لمعالجة الآفات التالية:

تقشير الجلد: إزالة الندب العدية (ندبات آثار حبوب الشباب) ــ التجعدات الجلدية ــ آفات Resurfacing ضخامية لمرض الحزاز أو الزهمية ــ بقعة الصداف ويمكن الحصول نتائج ممتازة مع الجراح الخبير.

2 هو المعالجة الممتازة لمعالجة التهاب ما حول الفم الشعاعي COالتهاب ما حول الفم الشعاعي: ليزر

)Actinic cheilitis. (

الشكل رقم 424: وحمة أوتا (قبل العلاج)

الشكل رقم 425: وحمة أوتا (بعد العلاج)

)Q-Switched Rubyعولجت بليزر)

CO2الشكل رقم 426: ندب عدية معالجة ليزر

CO2 الجلد بليزر Resurfacingالشكل رقم 427:

الشكل رقم 428: إزالة الشعر بالليزر

بليزرTattooالشكل رقم 429: إزالة

2)Coالشكل رقم 430: ثأليل (معالجة بليزر

Hirsuitismالشكل رقم 431:

Fig.431. Hirsuitism

Angiofibroma of lipsالشكل رقم 432 :

Fig432. Angiofibroma of lips

الشكل رقم 436 ثآليل بالركبة

warts of the knee

الشكل 434 ندبات حبوب الشباب

Fig. 434Acne scar

Angiofibromaالشكل رقم 433 :

removed by CO 2laser

Fig. .433Angiofibroma

removed by CO 2laser

الشكل رقم 435 معالجة ندبات حبوب الشباب بالليزر(نفس المريض بالصوره العلويه)

Fig. 435Acne scar

treated by CO 2laser

الأورام البشروية:

2 "الثآليل تصبح COمعالجة الثآليل: من حجوم مختلفة يمكن تبخيرها بسهولة وبفعالية بواسطة ليزر"
فقاعات عند التبخير، يجب الاحتياط أثناء تبخير الثآليل باستخدام قناع الليزر الخاص لفلترة ذرات الثآليل
أثناء العملية لكي لاتستنشق، وقد تسبب أنتاناً للجراح.

تحلق سطح الثؤلول جيداً قبل التبخير بالليزر لإزالة السطح الجاف المتقرن الذي يحتاج قدرة عالية بسبب
محتواه المائي القليل. الثآليل ما حول الظفر المغطى لها يمكن تبخيرها وإذا كانت الآفات ممتدة لما تحت
وما حول الأظافر فإن الظفر المغطي لها يمكن أن يبخر لتجنب انقلاع الظفر.

(144/4)

الآفات الوعائية: مثل توسع الشعيرات، وحمة بورت ــ واين ــ الأورام الوعائية.

" الوشم يمكن إزالتها بتبخير Ephelidesالآفات المصطبغة البشروية: الوحمات البشروية ــ الشامات– "
أكثر كفاية في Q-switchedالمنطقة، الطريقة عادة تترك ندبة. الأنواع الأخرى من الليزر مثل ليزر
إزالة الوشم بدون تندب جلدي.

الأورام الأدمية السليمة: الأورام الليفية العصبية، الكيسات المخاطية (نظيرة المخاطية).

التورم الجيبي الوجهي.

التقران الشعاعي والسرطانة شائكة الخلايا.

تنظيف الحروق من الأنسجة المتهتكة.

السيطرة على النزف.

جراحة التجميل: تضخم الأنف (التهاب الأنف الضخامي الدهني) ــ تصنيع الأجفان تصنيع الثدي.

التعليمات العامة:

موافقة المريض وتوقيعه للموافقة على إجراء العملية:

يجب توقيع المريض على موافقة خاصة حول الليزر وجراحته وهي تحوي معلومات حول ذلك. وعلى
المريض أيضاً أن يوقع على وثيقة بأنه يفهم ويتحمل النتائج ومن الممكن حدوث أي إختلاطات بعد العلاج.
يجب أن يعلم المريض أن إحمراراً يحدث بعد المعالجة بالليزر (ليزر ثاني أوكسيد الكربون خاصة) والتي
قد تمتد لمدة شهر أو أكثر.

يجب أن يبتعد عن التعرض المباشر لأشعة الشمس ويستخدم الأدوية كما وصفت له بدقة.

ويجب أن يزود المريض بمعلومات حول نوع الآفة الجلدية التي يعالجها ونوع الليزر والعملية المجراة.

نتائج العلاج بالليزر:

من المهم أن الطبيب المعالج أن يناقش مع المريض ويعلمه أنه (لا يمكن لأي كائن بشري ولا بأي جهاز أن يعيد المنطقة المعالجة تماماً كما كانت سابقاً). والطبيب سوف يبذل أقصى جهده وكل نتيجة متوقعة أو غير متوقعة يمكن حدوثها. الطبيب يجب أن لا يقدم أملاً كبيراً جداً للمريض، هذا يعني أنه يجب أن يكون صادقاً ــ صريحاً وحكيماً بإعلام القصة كاملة لمريضه.

التخدير في تقشير الجلد بالليزر

التخدير الموضعي:

(145/4)

" كريم يتألف من" ليدوكائين وبرايلوكائين "(إنتاج شركة استرا الدوائية) وهو واسع الاستعمال 1EMLA ــ "

" الندب الجلدية والتجعدات و التهاب ما حول الفم الشعاعي ومعظم Resurfacingكمخدر موضعي في "

آفات الجلد الأخرى.

تأثيره المثالي أكثر عندما يطبق بالطريقة التالية:

غسل المنطقة جيداً بشاش مرطب بالماء والسالين.

فرك الكريم بقوة.

تطبيق طبقة سميكة من الكريم وتركها لمدة ساعة واحدة.

استخدام غطاء بلاستيكي مع الكريم لتغطية المنطقة بالكريم لتحصل على مساحة مغطاة.

" مرة ثانية قبل الجراحة بـــ 15 دقيقة وتنظفه قبل العملية مباشرة.Emlaيمكن تطبيق كريم "

هذا قد يطبق في حالات المرضى الحساسين بشدة مثل الأطفال.

" المثالي يظهر الجلد المغطى بالكريم بلون شاحب.Emlaالتأثير الـــ "

2 ــ الحصر الناحي: يستخدم للتقشير العميق أو المرضي الحساسين الذين لايتحملون معالجة منطقة واسعة.

3 ــ الترشيح الموضعي للآفة بالزيلوكائين.

تعليمات للعناية بالجلد بعد جراحة بالليزر

يجب على المريض أن يلتزم بشدة مع ما يلي:

1 ــ لا تفرك أو تخرمش أو تطبق ضغطاً على المنطقة المعالجة حتى تزول التغيرات الجلدية مثل الإحمرار أو الحمامي والقشور.

2 ــ يمنع المكياج إذا كان هناك تفاعل شديد مثل النز والحويصلات في الناحية المعالجة.

3 ــ غسل الوجه بلطف بالماء قد يكون مسموحاً به، بينما السباحة تؤجل حتى 2 ــ 4 أسابيع لتجنب تأثير الكلورين.

4 ــ يجب حفظ المنطقة المعالجة بعيداً عن التعرض لأشعة الشمس واقيات الشمس يجب استخدامها لمدة أسبوعين قبل وأربع أسابيع بعد المعالجة.

5 ــ فرط التصبغ التالي لليزر والتندب هي المشاكل الرئيسية للجراحة بالليزر. لتخفيف ذلك فإن التركيبة التالية يمكن استخدامها لمدة أسبوعين قبل وبعد 8 أسابيع من العلاج.

رتين آ Retin A %2 %2

هيدروكورتيزون Hydrocortisone %2 %2

هيدروكسي كينون Eldoquine %4 %4

(146/4)

هذه التركيبة يجب تحضيرها في أساس كريم خاص ويجب حفظها في الثلاجة لكي لا تصبح سوداء اللون. يمكن استخدامها بلطف مرتين يومياً، تراكيز المركبات يمكن أن تعدل حسب نمط الجلد وحالة الناحية المعالجة وعمر المريض.

6 ــ حبوب الاسيكلوفير يستخدم 5 أيام قبل العملية عند المرضي المصابين بقصة آفات عقبولية .

7 ــ الصادات الحيوية فموياً مثل السيفالوسبورين يمكن اعطاءها كوسيلة وقائية.

الوسائل بعد العمل الجراحي:

وضع مرهم بولي سبورين.

" كريم (دروكسوريل أو Muperacin والــ Pufexamac نحن نستخدم في مركزنا مشاركة بين" باكتروبان) هذا أثبت أنه يؤدي لشفاء ممتاز بعد العمل الجراحي وتقليل الحمامي وفرط التصبغ. المنطقة

" . الضماد يترك في موقعه لمدة Vigilionالمعالجة يمكن أن تغطي بشاش من نوع "سوفراتول" أو ضماد "
48 ساعة ثم يزال باستخدام فقط دواء بدون تغطية. كيس الثلج، الحليب البارد بشكل كمادات أو كريم"
"يمكن تطبيقه عدة مرات يومياً لإزالة الحمامي والوذمة التي قد Droxaryl أو Pufexamac Parfenac
تحدث بعد التقشير.

لا تزيل القشور:

) يمكن أن يستخدم للحفاظ على الجلد رطباً.Oileatumالمطريات مثل كريم الـــ (
الغسيل قد ينصح به لكن مع تجنب استخدام الورق للتنشيف. قماش القطن الطري يمكن استخدامها.
تخفيف التخريش الجلدي بالتجفيف اللطيف بدون فرك، فقط بالضغط اللطيف بالشاش القطني على المنطقة.
تجنب المخرشات على المناطق المعالجة مثل العطور ــ الصابون القوي ويمكن استخدام الصابون المعتدل
الأبيض".Dove أو صابون Alpha Keriمثل"

تجنب التعرض المباشر لأشعة الشمس:

هذا قد يؤدي لفرط التصبغ خاصة في الأشخاص الملونين.

تعابير في الليزر

: إزالة النسيج بالتبخير.Ablation

الحزمة: هي شعاع الضوء.

: زيادة قطر الحزمة مع تباعد عن مدخل بؤرة الليزر. Divergence

(147/4)

: مادة فعالة في النسج التي يمكنها أن تعمل كهدف ماص لليزر وقد تكون هذه (ميلانين Chomophore
ــ خضاب (الهيموجلوبين) أو الماء).

الإمتصاصية: هي قدرة الضوء على الامتصاص.

المادة الفعالة (الوسط الفعال) هو مادة فعالة في الليزر.

القدرة: هي القدرة على العمل (واط مضروب بثانية = جول).

: معدل الوقت للقيام بالعمل (واط لكل سم2).Power

: هي قدرة حزمة الليزر في وحدة المساحة (واط / سم3).Power Density

: الزيادة في قدرة الذرة أو الجهاز.Excitation

) جهاز من ألياف زجاجية أو كواتز ليفية مع سطوح نهائية عاكسة تعبر من Fiberopticالليفي البصري (خلالها الأشعة خلال آلاف الانعكاسات.

الحزمة الموجهة: هيليوم نيون ذو الحزمة القليلة الكثافة يستخدم لتوجيه الليزر الغير مرئي إلى ناحية المنطقة المعالجة.

الوسط الليزري (وسط فعال): هي مادة تستخدم لإصدار شعاع الليزر.

"أو توزع بشكل الجرس للكثافة الضوئية عبر المقطع العرضي gaussian: الحالة الأقل احتمالاً "Temoo لحزمة الليزر.

: النمط الكهرو مغناطيسي العرضي.Tem

: غاز يستخدم كوسط ليزري.Argon

التبخير: هو انقلاب الجسم الصلب أو السائل إلى بخار.

: كل الأشعة الصادرة من الليزر موازية كل منها الآخر.Collimation

بعض أطوال الموجة تتحرك مع بعضها لمناطق مختلفة.Coherentإشعاع

زمن تراجع الحرارة: الزمن الذي تستغرقه الحرارة لتنتشر خارج المنطقة المعالجة وهو أقصر من الزمن المطلوب للتسخين أو الانتشار خارج الهدف. أذية الحرارة يجب أن يكون معظمها على الهدف المنشود علاجه.

الموقع المستهدف: النسيج الذي يهدف أو يسخن بالحزمة الليزرية.

:هو منحني أخصائي طبيعي يبدي ذروة مع كل توزع نحو الجانب الآخر.Gaussianمحنى غوص

: الطريقة التي يتوزع فيها الليزر.Modeالنمط

المراجع

Goldman L, Rockwell RJ Jr: Lasers in medicine, New York ,1971 ,Gordon & Breach
1

Polanyi TG : Laser physics, Otolaryngol Clin North Am 16:753,1983
2

Lui H ,Anderson RR: Photodynamic therapy in dermatology: recent development ,
Dermatol C LIN 11:1,1993
3
Anderson RR, Parrish JA:Selective photothermolysis :Precise microsurgery by selective absorption of pulsed radiation, Science 220:524,1993
4
Everett MA, Yeargers E, Sayre RM et al :Penetration of epidermis by ultraviolet rays, Photochem Photobiol5:533,1966
5
Walsh JT Jr, Flotte TH, Anderson RR et al : C 02laser tissue ablation: effect of tissue type and pulse uration on thermal damage, Lasers Surg Med 8:108, 1988
6
Hobby LW:Argon laser treatment of superficial vascular lesions in children, Lasers Surg Med 1(suppl):42,1989
7
Garden JM. Polla LL, Tan OT: The Treatment of portwine stains by the pulsed dye laser: analysis of pulse duration and long-term therapy, Arch Dermatol 124:889,1990
8
Maser MR, Apfelberg DB, Lash H: Argon laser treatment of cutaneous vascular lesions ,West J Med 133:57,1980
9
Moreilli JG, Tan OT ,Garden J et al:Tunable dye laser (577nm) treatment of portwine stains, Laser Surg Med 6:94,1966
10
Tan OT,Morrison P, Kurban AK: 585NM for the tratment of port-wine atains, Plast Reconstr Surg 86: 112,1990
11
Goldman L et al :Laser treatment of tattoos: a preliminary survey of three years' clinical experience , JAMA 201:163,1967
12
Beacon JP, E llis H :Surgical removal of tattoos by carbon dioxide laser, J Dermatol Surg Oncol 6:997,1980
13
Dover JS, Smaoller BR, Stern Rset al; Low-flunce carbon dioxide laser irradiation of

lentigenes, Arch Dermatol 124:1219,1988
14

(149/4)

Levine V,Geronemus R : Tattoo removal with Q-switched ruy laser and the Nd:YAG laser: a comparative study , Lasers Surg Med Suppl 5:260,) 1993abstract(
15
Golman MP, Fitzpatick RE, Ruiz-Esparza J: Treatment of port-wine stains (Capillary malformation) with the flashlamp-pumped pulsed dye laser, J Pediatr 122:717,1993
16
Szabo G et al:Racial differences in the fate of melanosomes in human epidermis: Nature 222:1081,1969
17
Taylor CR ,Flott,T, Michaud N et al: Q-switched ruby laser (QSRL) irradiation of benign pigmented lesions: dermal vs., epidermal , Lasers Surg Med Suppl 3:65,) 1991abstract(
18
DeCoste SD, A nderson RR: Comparison of Q-switched ruby and Q-switched Nd:YAG: Laser treatment of tattoos, Lasers, Surg Med Suppl 3:64,) 1991abstract(
19

Page number in bold face indicates the main discussion
20
Paragraphs in italic type indicate the authors notes
21

(150/4)
